UNIVERSITÉ DE PARIS VI
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

Année 1973

# THÈSE

N° 99

pour le

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude **BURSZTEJN**

né le 8 Septembre 1945 à Paris

*Interne des Hôpitaux de Paris*

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE*

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME DÉFICITAIRE DES TOXICOMANIES

*Président :* Monsieur Pierre DENIKER, professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS VI

ANNEE 1973 N °

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

DIPLOME D ' ETAT

par

Claude BURSZTEJN

né le 8 Septembre 1945 à PARIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

# Contribution à 1' étude du SYNDROME DEFICITAIRE DES TOXICOMANIES

Président : M. Pierre DENIKER , Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI 1-10-1972

# FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

## Professeurs titulaires

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | ANDRE R. | Hématologie | |
| | BRISSAUD H. | Pédiatrie | |
| | BUCCARD H. | Médecine | |
| | CARCLI J. | Médecine | |
| | CATELAT J. | Cardiologie | |
| | CERBONNET G. | Chirurgie | |
| | CHALUT J. | Radiologie | |
| | CHERIGIE Ed. | Radiologie | |
| | CHIGOT P.L. | Chirurgie infantile | |
| | CONTAMIN Fr. | Neurologie | |
| | CONTE M. | Médecine | |
| | DAGUET L. | Bactériologie | |
| | DEBRAY J. | Médecine | |
| | DRY J. | Médecine | |
| | FLABEAU F. | Chirurgie | |
| | GERBEAUX J. | Thérapeutique | |
| | GIRARD P. | Physiologie | |
| | GOSSET J. | Chirurgie | |
| | COLVAN Y.J. | Parasitologie | |
| MM. | HUGELIN A. | Physiologie | |
| | LAPLANE R. | Pédiatrie | |
| | LE LORIER O. | Obstétrique | |
| | LOEPER J. | Médecine expérimentale - Immunologie | |
| | LOYGUE J. | Chirurgie | |
| | MARCIS M. | Histologie | |
| | MERGER R. | Obstétrique | |
| | MILHAUD G. | Biophysique | |
| | NICK J. | Neurologie | |
| | ORCEL L. | Anatomie pathologique | |
| | PERRAULT M. | Médecine | |
| | POLONOVSKI CL. | Pédiatrie | |
| | POLONOVSKI J. | Biochimie | |
| | RICHET G. | Néphrologie | |

## Professeurs sans chaire

| | | |
|---|---|---|
| MM. | BRICOUT F. | Bactério-Virologie |
| Mme | CHAPUT A. | Stomatologie |
| M. | DUHAMEL G. | Hématologie |
| MM. | LESTRADET H. | Pédiatrie |
| | PICARD J. | Biochimie |
| | ROUX Ch. | Embryologie |
| | PIERON R. | Pneumo-Phtisio. |

## Maîtres de Conférences

| | | |
|---|---|---|
| MM. | AKOUN G. | Médecine |
| Mme | ARON D. | Ophtalmo. |
| MM. | AMSTUTZ P. | Réanimation |
| | APOIL A. | Orth. Traum. |
| | ARDAILLOU R. | Physiologie |
| | ATTAL | Pédiatrie |
| | BAUX S. | Chirurgie |
| | BOURY G. | Chirurgie |
| | CHEYMOL G. | Pharmacologie |
| | CHOUARD Cl. | O.R.L. |
| | CLOAREC M. | Médecine |
| Mme | COMBRISSON A. | Hématologie |
| MM. | DECROIX G. | Pneumo-Phtisio |
| | DELIGNE P. | Anesthésiologie |
| | DOYON D. | Radiologie |
| | FONTAINE J.L. | Pédiatrie |
| | FOUET P. | Thérapeutique |
| | GAUTIER H. | Physiologie |
| | GRUNER M. | Chirurgie infantile |
| | GUILMET Cl. | Anesthésiologie |
| | GUIRAUDON G. | Anatomie |
| | HERMAN D. | Médecine |
| | HUGUET Cl. | Chirurgie |
| MM. | HUGUIER M. | Chirurgie |
| | KRULIK M. | Méd. Clle |
| | LASFARGUES G. | Pédiatrie |
| | LAUGIER A. | Radiologie |
| | LEVY V.G. | Médecine |
| | MALAFOSSE M. | Chirurgie |
| | MENSCH B. | Biophysique |
| | MERY J. Ph. | Néphrologie |
| Mme | MIGNON Fr. | Néphrologie |
| MM. | NAJMAN A. | Hématologie |
| | NICOLLE M. | Neurologie |
| | OPOLON J. | Médecine |
| | PAQUELIN Fr. | C.N.T. |
| | PISSAVID B. | Méd préventive |
| | RAMPINI Cl. | Biochimie |
| | RICHARDET J.M. | Pédiatrie |
| | ROLAND J. | Anat. pathol. |
| | SALAT J. | Obstétrique |
| | SALMON Ch. | Hématologie |
| | SANTARELLI J. | Obstétrique |
| | WANSON H. | Méd. expérim. |
| | WEINMANN S. | Biochimie |
| | WITCHITZ S. | Cardiologie |

## Enseignants Associés

| | | |
|---|---|---|
| | ELIAKIS Em. | Médecine légale |

## Enseignants Contractuels

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. C. A. | M. KIRSCH F. | Physiologie biochimique |

## Chargés d'Enseignement

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | FENOIST | Rhumatologie | MM. | DUNET | Endocrinologie |
| | BAUFFRIERE | Chirurgie infantile | | LOFFREDO | Obstétrique |
| | CRISTOL | Cardiologie | | SALOMON | Rhumatologie |

## Attachés d'Enseignement

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | CASAMIUS | Cardiologie | MM. | HIVET | Chirurgie |
| | COUVELAIR | Thérapeutique | | MIGNOT | Neurologie |
| | DES LAURIERS | Neurologie | | SAUVAN | Cardiologie |
| | GALLOCHER | Pneumologie | | VANNIER | Pneumologie |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548021_0032

A mon épouse

A mes parents

A mes beaux-parents

A ma famille

A mes amis

en témoignage de mon affection

A Mr.. le Professeur P. DENIKER

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a fait l'honneur de la présider.

Qu'il trouve ici l'expression de mon admiration et de ma gratitude pour la qualité de l'enseignement clinique dont il m'a fait bénéficier.

A Mr. le Professeur Agrégé P. DEBRAY

dont la culture m'a conduit à aborder des domaines de réflexion non limités au champ de la médecine.

En témoignage de mon attachement respectueux et de ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il a toujours montrée à mon égard.

A Mr. le Professeur D.J. DUCHE

qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse admiration pour les qualités humaines dont il fait preuve autant dans le domaine pédagogique que dans les soins apportés aux malades.

A Melle le Professeur Agrégé Th. LEMPERIERE

La chaleureuse ambiance qu'elle a su faire régner dans son service et l'accueil que j'y ai reçu restent parmi les meilleurs souvenirs de mon internat.

A mes Maîtres d'Internat

Mr. le Professeur A. BUGE

Mr. le Professeur J. CANIVET

Mr. le Professeur J. LAFOURCADE

A mes Maîtres d'Externat

Mr. le Professeur G. BOUDIN

Mr. le Professeur J. GOSSET

Mr. le Professeur Agrégé D. MAHOUDEAU

Mr. le Professeur R. WOLFROMM (in memoriam)

ainsi qu'à Mme le Professeur Agrégé M. MARTIN

et à Mr. le Professeur D. WILDLOCHER

En témoignage de ma reconnaissance pour leur enseignement.

A Mr. le Docteur H. LÔO

dont les conseils m'ont été si précieux tout au long de ce travail.

A Mr. le Docteur G. BONNET

que je remercie vivement pour son aide dans la réalisation de cette thèse.

A Mr. le Docteur A. LISSITZKY

en témoignage de mon amitié.

A mes collègues d' Internat

Aux Chefs de Clinique

avec lesquels j'ai travaillé.

A Melle B. PEAUCELLE

Mme E. FAY

en remerciement pour leur collaboration technique.

# P L A N

page

INTRODUCTION ..... 2

I - DESCRIPTION ..... 5

II - ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE :

- Le syndrome déficitaire dans les différentes toxicomanies ..... 7
- Signification du syndrome déficitaire ... 26

III - ETUDE CLINIQUE :

- Introduction ..... 40
- Observations ..... 41
- Discussion ..... 74

IV - ETUDE PSYCHOMETRIQUE : Recherche de signes de détérioration chez 23 toxicomanes ..... 77

- Principes, Matériel et Méthode ..... 78
- Dossiers psychologiques ..... 80
- Tableaux des résultats ..... 103
- Résultats ..... 106
- Discussion ..... 110

V - ESSAI DE SYNTHESE DES DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES, CLINIQUES ET PSYCHOMETRIQUES ..... 113

CONCLUSIONS ..... 118

BIBLIOGRAPHIE ..... 124

o

o o

# I N T R O D U C T I O N

C'est depuis 1966 que l'on a vu s'accroître en France la fréquence des toxicomanies (71).

Si l'on prend l'exemple de la seule Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à Sainte Anne, les admissions pour toxicomanie sont passées de 4 à 5 par an à 12 en 1968 et à 24 en 1969. Selon les statistiques publiées par le Ministère de l'Intérieur ( 4 ) le nombre d'intoxiqués interpellés a été multiplié par 32 de 1965 à 1971, passant de 60 à 1944 ; parmi ceux-ci on note la progression de l'usage de l'héroïne (11 % des personnes interpellées en 1968, 36 % en 1971) et l'abaissement de l'âge moyen : la proportion de toxicomanes de moins de 20 ans est passée de 10 à 40 %.

A ces modifications démographiques, il faut en ajouter une autre qui rend les toxicomanies actuelles radicalement différentes des toxicomanies classiques : alors que ces dernières correspondaient à l'usage d'une seule et même drogue, l'emploi de produits divers est la règle actuellement. On assiste même à une sorte de "recherche de psychopharmacologie appliquée", dont les méthodes, les résultats, sont exprimés dans un langage volontairement hermétique (125). Il s'agit là d'un fond culturel particulier aux jeunes toxicomanes et qui n'est peut être pas un des moindres attraits de la drogue pour certains adolescents à la recherche de l'intégration dans une communauté spirituelle, en rupture avec leur entourage familial.

L'inflation des doses était, autrefois, essentiellement motivée par le retour impérieux des symptômes pénibles du "manque". C'est encore le cas pour les héroïnomanies importantes qui constituent

.../...

un groupe un peu à part (encore proche des toxicomanies classiques). Souvent qualifiés de "Grands Camés" avec un mélange de respect admiratif et de crainte dû à une sorte d'aristocratie, ils s' adonnent de façon quasi exclusive à l'héroïne n'utilisant d'autres produits qu'à titre de remplacement quand les approvisionnements font défaut. Ils n'ont souvent que mépris pour les autres toxicomanes qui, eux, poursuivent des expériences multiples et chez lesquels l'augmentation des doses fait partie d'une quête des sensations fortes et aussi d'une sorte de flirt avec la mort, qu'ont perçu de nombreux auteurs (6,52).

C'est dans ces conditions qu'on a vu, aux Etats-Unis d'abord, en Europe ensuite, se multiplier les accidents psychiatriques liés à la consommation de drogues (56,67,71,171), les uns aigus (61,89, 114,163,170,175): bouffées confusionnelles oniroïdes, accès d'excitation, bouffées délirantes, les autres chroniques (95,115,116,163): il s'agit de tableaux schizophréniques posant le problème de la part qui revient à l'action pharmacologique des drogues et à la structure de la personnalité, et du syndrome déficitaire.

C'est ce dernier aspect que nous nous proposons d'étudier à travers une revue de la littérature, l'étude de quelques cas cliniques suivis dans le service du Professeur DENIKER, et une étude psychométrique d'un groupe de toxicomanes.

Il n'est pas inutile de souligner, dès ce préambule, les difficultés auxquelles se heurte toute tentative d'étude des syndromes psychopathologiques en rapport avec les toxicomanies. L'hospitalisation de ces patients est souvent limitée au temps d'un sevrage et il n'est pas rare qu'elle soit inopinément écourtée ! Il est tout aussi difficile de suivre leur évolution ambulatoire. En outre, les renseignements qu'ils fournissent sur leur mode de vie antérieur à l'intoxication, leurs antécédents,sont fragmentaires, imprécis, et la fréquente rupture d'avec le milieu familial empêche de compléter ces informations.

Le fait qu'il s'agisse de poly-intoxications rend difficile une correspondance précise entre la symptomatologie clinique et telle ou telle substance. La pureté et la nature exacte des produits utilisés sont des plus variables et mal connues des toxicomanes eux-mêmes. Il n'est pas rare que leur soient vendus pour de l'héroïne des produits comportant entre autres de fortes proportions de barbituriques (c'est ainsi qu'on peut avoir la surprise, lors du sevrage de voir survenir des crises convulsives). Des auteurs américains (2) rapportent que le "LSD" communément vendu dans les rues de San Francisco est mélangé à de l'héroïne, de la méthédrine et/ou de la strychnine ; d'autres exemples de ce type abondent.

Ces obstacles méthodologiques, associés à des positions théoriques "a priori" des auteurs, expliquent le manque de clarté, et le caractère polémique actuel de la littérature médicale sur ce sujet.

o

o o

.../...

# I - DESCRIPTION

La description donnée par P. DENIKER du syndrome déficitaire (69, 70,77) comporte avant tout un déficit de l'activité physique et psychique qui apparaît précocement après des abus répétés.

L'exercice régulier d'une profession est le premier touché : il est rarement compatible avec la consommation quotidienne ou pluriquotidienne d'une drogue. Dans bien des cas le recours au trafic devient ainsi la seule solution susceptible d'apporter les moyens d'existence nécessaire.

A un degré de plus, les activités indispensables à la vie courante deviennent elles-mêmes insurmontables et on voit s'installer une véritable incurie.

De fait, ces jeunes toxicomanes justifient volontiers cette inactivité par des conceptions rejetant les valeurs sociales communément admises et par des références à des philosophies ou à des religions orientales prônant la méditation et le refus de l'action. Si ces prises de position paraissent parfois l'aboutissement d'une véritable réflexion politique ou philosophique, dans bien des cas au contraire, un entretien approfondi révèle que la connaissance de ces philosophies ou de ces religions est des plus superficielles. Sans doute, chez ces adolescents, peut-on voir là l'expression d'un désir de non conformisme, d'un refus de s'intégrer dans une organisation sociale, sur bien des points critiquable. Mais peut être s'agit-il aussi d'une rationalisation secondaire du sentiment d'incapacité physique et psychique croissante dans laquelle seule restent possibles des activités de "basse tension" psychologique : rèverie, méditation.

A ce noyau fondamental de déficit énergétique viennent se superposer des troubles thymiques. Il est à noter, d'abord, que les toxicomanes actuels cherchent moins l'euphorie passive des opiomanes qu'une jouissance active obtenue par le "flash" provoqué par l'injection intraveineuse de quantités souvent massives de diverses substances. A côté des états d'excitation toxiques, on observe des états dépressifs, plus durables, souvent atypiques dont la composante asthénique est prédominante. Ces états dépressifs sont difficiles à distinguer des états dysphoriques produits par la privation de drogue. Ils sont d'une particulière fréquence lors du sevrage.

Mais plus souvent encore ce trouble thymique est plus insidieux, limité dans son expression à un désintérêt pour l'entourage, à un émoussement des affects. On n'est pas loin alors de l'athymhormie décrite dans l'hébephrénie et c'est en effet, nous y reviendrons, un problème fréquemment posé de la limite entre de tels états et les psychoses, surtout lorsqu'ils s'installent au décours d'un délire aigu ou subaigu.

o

o o

# II - ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

## LE SYNDROME DEFICITAIRE DANS LES DIFFERENTES TOXICOMANIES

Nous avons recherché si, dans les descriptions des divers types de toxicomanies et de leurs conséquences, on relève des éléments évocateurs d'un déficit portant sur les activités physiques (et en particulier professionnelles) ainsi que sur le fonctionnement psychique, compris aussi bien du point de vue du rendement intellectuel que de l'état thymique.

Nous ne discuterons pas, à ce stade, le problème de savoir si les troubles ainsi décrits sont des conséquences de la toxicomanie ou s'ils constituent avec elle des manifestations parallèles d'une inadaptation profonde de l'individu. Nous reviendrons sur ce point, d'importance primordiale, lors de l'examen de la signification du syndrome déficitaire.

### Toxicomanies aux opiacés -

Les manifestations déficitaires associées aux toxicomanies par les opiacés ont été relevées de longue date. Dès 1885 B. BALL (7) écrivait, à propos des morphinomanes :

> "l'état normal des toxicomanes peut s'exprimer en quelques mots : c'est une paralysie de la volonté, un engourdissement du moi ..."

et il ajoutait

> "le morphinomane n'a pas assez d'énergie pour secouer sa torpeur, quitter ses habitudes et reprendre ses devoirs ; souvent il n'a pas assez de force pour sortir du lit : de là cette manie lectuaire si fréquente chez les malades de ce genre".

.../...

Mais pour lui, en dehors de cette aboulie, il n'existe pas à proprement parler d'atteinte des fonctions intellectuelles.

Cl. GAUDRY (91) à la même époque confirme ce tableau :

"on constate chez le morphinique des altérations intellectuelles morales et physiques. On est d'abord frappé par l'affaiblissement considérable de la volonté ; le malheureux subjugué par la passion morphinique tombe dans l'apathie, il ne sait plus vouloir ; son seul but c'est de s'injecter de nouvelles quantités de poison ; il n'a pas le courage de s'occuper de ses affaires, rien ne peut le sortir de sa torpeur ; l'état de sa fortune, l'amour de sa famille, l'affection des être les plus chers le laissent froid ..."

et il note plus loin la fréquence des troubles thymiques :

"Il est tourmenté par la triste situation dans laquelle il se voit plongé et dont il n'a ni la volonté ni l'espoir de sortir, il tombe dans la mélancolie ; son esprit est sans cesse hanté de sombres préoccupations, il est fréquent de voir naître chez ce morphinique des idées de suicide qu'il cherche parfois à réaliser".

Après une période de "lune de miel" (147) au cours de laquelle chaque dose du toxique apporte une impression de bien-être et d'agilité intellectuelle (rarement mise en pratique d'ailleurs), la recherche du plaisir laisse la place au désir de secouer provisoirement l'apathie que ressent le sujet et, bientôt, à la nécessité d'échapper aux symptômes pénibles de l'état de manque.

Une véritable déchéance physique et psychique s'installe (26) :

- ralentissement intellectuel, diminution de la mémoire, complications somatiques multiples (22)
- amaigrissement, troubles digestifs, hypotension ; disparition de l'activité sexuelle génitale.

.../...

Cette évolution varie cependant selon les produits employés et leur voie d'administration (147) . L'évolution déficitaire est particulièrement rapide avec la morphine et davantage encore avec l'héroïne.

La consommation orale d'opium, par contre, n'entraînerait que plus progressivement de tels troubles, et il est classique de dire que les fumeurs d'opium ne présentent guère de tels syndromes. On peut, peut-être, en trouver une confirmation récente dans l'étude de WESTERMEYER (185),portant sur une population laotienne,dans laquelle il a rencontré 10 à 35 % de fumeurs d'opium. La plupart ne fument,en fait,que de façon occasionnelle ( de quelques fois par semaine,à quelques occasions annuelles). Il a observé 7 utilisateurs quotidiens (1,8 %) de cette drogue, mais,pas plus que les précédents, ils ne se distinguent du reste de la population ni par leur aspect physique ni par leur activité. L'auteur n'a rencontré que deux sujets fumant 2 à 4 fois par jour, chez lesquels l'arrêt entraîne des symptômes de manque. Bien qu' ils continuent à travailler pour s'approvisionner en opium, leur ambition et leur énergie sont diminuées. Bien qu'ils ne soient pas représentés dans la population étudiée, WESTERMEYER signale l'existence de toxicomanes fumant 5 à 10 fois par jour, incapables de fournir le moindre travail, l'inhalation de l'opium alternant avec des périodes de stupeur.

L'adaptation socio-professionnelle ou la réussite universitaire peuvent constituer des indications indirectes de l'efficience du sujet. E. GOODE (96) a comparé ainsi les notes obtenues par des étudiants toxicomanes et non toxicomanes. Il faut souligner que, pour la plupart, l'usage des drogues était épisodique ( il n'est cependant pas précisé si tel était le cas quel que soit le produit utilisé et en particulier pour le cas des opiacés, qui ne concernent qu'une minorité). Alors que les étudiants qui ont pris de l'opium n'ont pas des résultats très éloignés de ceux des

étudiants non toxicomanes, l'usage de l'héroïne coïncide avec un niveau universitaire franchement inférieur pour la majorité des cas. Cependant, l'imprécision de cette étude, le fait qu'il ne soit fait aucune distinction entre essai épisodique (voire unique !) et toxicomanie continue, rend son interprétation délicate. On peut aussi se demander si les variations observées dépendent bien des différentes catégories de toxiques ou ne relèvent pas de différences d'origine sociale ou de structure psychopathologique des sujets. Nous reviendrons, néanmoins, sur les constatations concernant d'autres toxicomanies.

L'étude de C. BISMUTH et coll. (22) s'intéresse surtout à l'état somatique de 80 toxicomanes aux opiacés. On peut y noter des différences selon les voies d'administration et les produits utilisés. Les opiomanes absorbant leur drogue par les voies naturelles sont indemnes de complications médicales ; leur intégration sociale est conservée ; parmi les motivations du sevrage, la moindre efficacité professionnelle est tout de même signalée pour certains d'entre eux. Les toxicomanes aux opiacés injectables d'origine pharmaceutique, qui utilisent donc des produits aux caractéristiques de pureté et de concentration stables et n'ont pratiquement pas recours au marché illicite, sont dans un état physique comparable aux précédents, en dehors des accidents infectieux. Ils restent bien intégrés, socialement. Par contre, les 64 héroïnomanes constituent un groupe très différent par l'importance du retentissement somatique (altérations hépatiques, accidents de surdosage, septicémie, aménorrhée) et la désocialisation complète dans laquelle ils se trouvent, sans revenus fixes, souvent délinquants.

Nous reviendrons plus loin sur les conclusions que tirent les auteurs de ces différences.

.../...

Toxicomanies aux hallucinogènes -

Malgré leur caractère spectaculaire, volontiers amplifié par les "mass media", les toxicomanies aux hallucinogènes paraissent rares en France (71, 92) si l'on ne tient compte que des cas où leur usage est continu ou, du moins, fréquemment répété. Les expériences épisodiques avec les hallucinogènes (LSD le plus souvent ; les autres substances : psilocybine, mescaline, sont rares dans ce pays) sont, elles, fréquemment retrouvées chez les jeunes toxicomanes.

Les particularités du L.S.D. doivent peut être faire tempérer cette distinction entre toxicomanie continue et utilisation intermittente. Il s'agit, en effet, d'un des plus puissants psychotropes, actif à des doses de l'ordre de 50 microgrammes. L'augmentation de la quantité prise augmente plutôt la durée d'action que l'intensité des phénomènes déclenchés (38). C'est surtout avec ce produit qu'ont été rapportées des recurrences spontanées d'effets ressentis sous l'action de la drogue (flash - back). L'interprétation de ces faits reste discutée mais on ne peut exclure qu'ils témoignent de la persistance du produit dans l'organisme.

Les accidents psychiatriques les plus fréquents sont des états psychotiques (délire paranoïde, états confusionnels) aigus ou subaigus (92) au décours desquels peuvent apparaître une réduction de l'activité, un amortissement de l'affectivité, un appauvrissement de la pensée et un repli sur soi rappelant l'hébéphrénie.

S. COHEN (49) classe les complications du L.S.D. en 3 catégories :

1°) troubles psychotiques dans lesquels il distingue :
- les intoxications accidentelles chez l'enfant
- l'intoxication chronique par le L.S.D.
- des "réactions schizophréniques" (*)

.../...

(*) les guillemets viennent rappeler ici que le sens de ces termes n'est pas tout à fait superposable dans les nosographies américaine et française.

- des "états paranoïdes aigus"
- des psychoses de type L.S.D., prolongées ou intermittentes
- des dépressions psychotiques

2°) <u>des troubles non psychotiques</u>, il s'agit de :

- réactions anxieuses chroniques
- états de panique aiguë
- comportements dyssociaux
- comportements antisociaux

3°) <u>des troubles neurologiques</u> :

- convulsions
- lésion cérébrale permanente

L'auteur du rapport de la commission chargée de l'étude des toxicomanies par l'Association Médicale Canadienne (38) propose d'ajouter à cette liste le"syndrome de perte de motivations", décrit dans la cannabisme et qui est très proche du syndrome déficitaire.

D. LOURIA (12),dans une revue de la littérature sur le L.S.D., précise la fréquence de ces accidents :

- 0, 08 % chez des sujets "sains"
- 0,8 à 1 % chez des sujets en cours de psychothérapie
- 1 à 3 % chez des malades psychotiques.

Mais ces indications concernent en fait la prise de L.S.D. dans des conditions expérimentales ou au cours de psychothérapie, et donc sous contrôle médical. La proportion exacte de complications, et à plus forte raison de manifestations déficitaires, reste inconnue chez les toxicomanes. A côté des psychoses aiguës et prolongées, et des réactions de panique,LOURIA signale un syndrome d'isolement chronique chez des sujets ayant pris du L.S.D. de façon répétitive : ils apparaissent en permanence en dehors de la société, délaissant leur famille, leurs amis, et toute activité productrice. Ils adoptent une vie entièrement centrée sur le L.S.D. (ou des drogues similaires).

.../...

GLASS et coll. (95) publient 4 observations détaillées de psychoses prolongées, se présentant comme une schizophrénie, avec une prédominance de traits déficitaires : repli, passivité, apragmatisme, et qui font suite à une période de désocialisation progressive sans épisode aigu net. Les auteurs soulignent que l'enfance et l'adolescence de leurs 4 patients se sont déroulées normalement tant du point de vue de l'évolution affective que de l'adaptation scolaire et sociale. On ne retrouve aucun trait schizoïde au psychopathique. Dans les 4 cas l'installation de l'état psychotique décrit a été précédée de plusieurs mois de consommation régulière de fortes doses de L.S.D.

Les données concernant les autres hallucinogènes sont moins abondantes et ne signalent guère que des psychoses aiguës (38 ).

BERGMAN (14) a publié une étude sur la pratique du peyotisme, religion dans laquelle un cactus contenant de la mescaline est utilisé pour chercher à communiquer avec Dieu. Les accidents psychiatriques dans la communauté d'indiens Navajo observée par l'auteur sont très rares. Mais il faut noter que cette utilisation rituelle d'hallucinogènes, pratiquée par tout un groupe, et seulement dans des circonstances déterminées, en dehors desquelles aucun adepte de ce culte ne prend de mescaline ou d'autre drogue, est très différente des toxicomanies.

Même si l'on exclue l'observation de tels groupes, très éloignés de l'expérience psychiatrique courante, la discussion reste très ouverte dans la littérature médicale nord américaine, sur le danger réel que présente l'utilisation des hallucinogènes.

Aux publications regroupant les différents troubles qu'ils ont pu déclencher, répondent des études extensives, portant généralement sur des populations universitaire, et qui montrent une incidence faible de telles complications.

.../...

L'article de WALTERS et coll. (182) en est un exemple. Les réponses à un questionnaire,adressé aux étudiants les plus âgés de l'Université de Harvard, ont permis d'établir que 31,5 % des 517 sujets ayant répondu n'ont jamais utilisé une drogue quelconque. Les autres, qualifiés "d'utilisateurs" ont pris au moins une fois l'un des produits illégaux (ceci donne une idée de la diffusion des drogues sur les campus universitaires aux U.S.A.). De ces 343 étudiants, 2/3 n'ont fumé que de la marihuana, 1/3 ont essayé au moins une fois du L.S.D. ou un autre hallucinogène, 1/4 ont goûté à tous les types de drogue ; plus de la moitié ont pris des drogues 10 fois ou plus. Aucune différence statistiquement significative n'est trouvée dans les réponses concernant la réussite universitaire et les activités (y compris le sport) entre "utilisateurs" et "non utilisateurs".

Seules différences observées entre les deux groupes : les projets de carrières sont moins précis, les consultations psychiatriques plus fréquentes, l'activité sexuelle (hétéro et homosexuelle) plus grande chez les étudiants ayant pris des drogues.

On peut toutefois s'interroger sur la valeur de ces travaux reposant sur des réponses dont le contrôle est difficile.

Dans l'étude de GOODE (96) que nous avons citée plus haut, la consommation de L.S.D. et de mescaline était associée à des résultats universitaires moins bons.

.../...

Cannabisme -

C'est sans doute à propos du cannabis que les discussions sont actuellement les plus vives. Comme le déclare le rapporteur de la commission d'étude des toxicomanies de l'Association Médicale Canadienne :

> "la question s'est tellement mêlée de mythologie, de préjugés et de dogmatisme, qu'il est difficile de s'en faire une idée claire même pour des professionnels suivant de près les publications, la recherche scientifique et les habitudes des toxicomanes".

Les deux revues exhaustives de la littérature ,publiées successivement en 1971 et 1972 par la Commission chargée par le Congrès des Etats-Unis d'étudier ce problème,ne paraissent pas avoir mis fin à cette polémique qui rebondit à chaque nouvelle parution des diverses revues américaines. Les conséquences psychiatriques chroniques du cannabisme sont au centre du débat.

La symptomatologie déficitaire était évoquée dans les observations d'auteurs de la fin du XIXème siècle. F. VILLARD, dans sa thèse de 1872 (178 ), dit avoir observé chez les fumeurs du Caire

> "des phénomènes analogues à la catalepsie donnant un état d'hébétude et d'abrutissement".

J. WARNOCK - cité par B. SIGG (159) - qui dirigeait l'asile du Caire en 1894 signale la grande fréquence des cas "d'affaiblissement psychique avec recrudescences aiguës après chaque excès haschichique " (183).

.../...

Plus près de nous, la plupart des auteurs qui ont étudié le cannabisme dans les pays où il est répandu de longue date ont signalé l'existence de tels symptômes.

CHRISTOZOV (44 ) a publié 140 cas d'intoxication cannabique au Maroc. 9 de ses malades sont décrits comme repliés sur eux-mêmes dans un état proche de la catatonie. Une quinzaine d'autres présentent une réduction de leur activité ainsi que des tendances dépressives. Mais la plupart des autres cas comportent au contraire une agitation. Chez 47 de ses patients l'auteur note une détérioration des "bases morales et sociales de la personnalité" entraînant une importante diminution des capacités de l'individu, de l'acuité de son esprit et de son sens des responsabilités. Plus de la moitié des malades ont une intelligence pauvre, proche d'un état démentiel.
Si un doute persiste quant au niveau initial, il considère qu'il est des cas où on peut parler de "véritable encéphalopathie toxicomaniaque"

D'autres auteurs ont étudié le cannabisme au Maroc.

Les deux-tiers des 120 fumeurs de kif que B. SIGG (159) a suivis étaient sans emploi ; dans 31 cas sur 80 le chômage a succédé au cannabisme.

A. BENABUD ( 11) qui dénombre pour une seule année 598 hospitalisations en rapport avec le cannabisme. Dans la majorité des cas il s'agit d'états psychotiques aigus.

Parmi les 27 % de psychoses qu'il considère comme spécifiques aux cannabis, les "psychoses résiduelles", états chroniques, ne sont qu'un petit nombre (4,5 %) de l'ensemble des malades : il s'agit

.../...

le plus souvent de syndromes hallucinatoires ; mais il existe aussi des syndromes déficitaires (2,5 %) : chez des fumeurs réguliers, survient une déchéance progressive qui affecte d'abord les capacités professionnelles puis leur comportement familial :

> "... à la baisse de l'affectivité vient bientôt s'ajouter celle du sens moral ; les troubles de l'humeur sont rarement prononcés et les réactions antisociales mineures".

Leur aspect physique donne l'impression d'une sénescence précoce.

Aux Indes, l'usage du cannabis sous différentes formes (dans lesquelles la concentration en produit actif est variable) est très répandu. I.C. CHOPRA (42) estime que les troubles mentaux chroniques sont peu fréquents par rapport aux accidents psychiatriques aigus. Ils dépendraient en partie de la quantité et de la concentration du produit consommé. L'apparition d'un affaiblissement intellectuel est assez rare (de l'ordre de 3 % des sujets examinés) et résulterait d'intoxications prolongées dont l'auteur estime qu'elles déterminent des lésions anatomiques du cerveau.

Parmi les 200 cas de cannabisme qu'il a examiné G.S. CHOPRA (41) n'a, lui, observé que 2 cas de "psychose organique" accompagnée de démence. Mais, pour lui, l'abus prolongé et continu du cannabis produit dans certains cas un état psychotoxique chronique au cours duquel le sujet, sous l'influence de la drogue, est indifférent à ce qui l'entoure. Le sevrage complet amène généralement la guérison de cet état.

A côté de ces syndromes déficitaires, tous ces auteurs signalent la possibilité de psychoses d'allure schizophrénique associant

une discordance, des éléments délirants, un apragmatisme, dans lesquels la responsabilité du toxique reste discutée étant donné le manque de renseignements sur l'état antérieur de ces malades.

En France, B. DEFER (60) décrit des psychoses cannabiques chroniques constituées par des processus démentiels ou confuso-démentiels, dans le cadre desquels l'affaiblissement porte d'abord sur l'affectivité.
H. LOO (124) a observé dans 4 cas des syndromes déficitaires, mais dans 3 de ces cas il s'agissait de poly-intoxiqués.

C'est surtout, nous l'avons dit, Outre-Atlantique que les publications sont les plus nombreuses. Le cannabis y est largement diffusé et ce problème a dépassé le cadre des discussions médicales pour atteindre le niveau politique, certains préconisant la légalisation de l'usage de la marijuana (13). L'opinion que les rapporteurs de la commission, suscitée par le Congrès Américain, ont tiré de la littérature analysée est que les accidents psychiatriques de la marijuana sont relativement rares. Il s'agit le plus souvent d'accidents psychotiques aigus. Quant à sa responsabilité dans le déclenchement des psychoses chroniques, elle ne leur paraît pas démontrée.(176)

L'équipe de la Haight Ashbury Free Clinic de San Francisco a proposé le terme de "syndrome de perte de motivations" ("amotivational syndrom") pour un ensemble de manifestations déficitaires ainsi décrites par SMITH (163) : certains jeunes gens qui fument régulièrement de la marijuana développent une perte du désir de travailler et de participer à la "compétition" scolaire ou sociale. Il décrit aussi des "pot heads", équivalent pour la marijuana des alcooliques, qui se droguent presque chaque jour, présentent une grande dépendance psychique à l'égard du cannabis et tendent à se désintéresser des responsabilités sociales et personnelles.

.../...

Mc GLOTHLIN et WEST (134) estiment eux aussi que l'usage régulier de la marijuana peut contribuer au développement de traits tels que la passivité, l'introversion. Ils ont ainsi observé, après un usage important de cette drogue, des modifications progressives de la personnalité : apathie, perte de l'efficience, incapacité à réaliser des projets complexes, perte de la possibilité de se concentrer de façon prolongée, et difficulté à supporter des frustrations. Ces sujets ne s'intéressent qu'au présent et montrent une forte tendance à utiliser un mode de pensée infantile, de type magique. Malgré l'impression subjective d'une augmentation de la créativité, leur productivité objective est, en fait, diminuée.

SCHER (158) rapporte, que des utilisateur réguliers de la marijuana, pourtant bien insérés dans la vie sociale, finissent par ressentir une diminution de leur efficience et aussi de leurs motivations.

Pour KOLANSKY et MOORE (116, 117) ce qui frappe, chez les jeunes gens qu'ils ont suivis, c'est la pauvreté de leur jugement, l'apathie, l'absence de buts définis, l'anxiété, la dépression, ainsi que leurs capacités réduites d'attention et de concentration.

Il faut enfin citer les observations de TENNANT et GROESBECK (171) de toxicomanies au haschich, chez des militaires stationnés en Allemagne. Outre un nombre important de psychoses aiguës, ils notent chez la totalité des 110 patients dont la consommation était élevée (usage pluriquotidien représentant 50 à 600 g par mois pendant 3 à 12 mois) une apathie, des troubles de la vigilance et du jugement, des difficultés de concentration et une diminution de la mémoire, ainsi que des épisodes intermittents de confusion.
Chez 3 des 9 soldats qu'ils ont pu suivre de façon suffisamment prolongée, ont persisté des troubles mnésiques, des altérations de la concentration et de l'aptitude au calcul, analogues à ce

qu'on observe dans les atteintes organiques cérébrales.

Il est à souligner, à la suite des auteurs, la forte concentration (5 à 10 %) en T.H.C.(*) du haschich vendu en Allemagne aux troupes américaines, par rapport à la marijuana qu'on trouve aux U.S.A. et qui contient habituellement moins de 1 % de T.H.C.
Peut-être, plus généralement, ces variations dans la concentration en produit actif selon le type de préparations et le lieu géographique sont-elles une explications des discordances entre les opinions des différentes équipes. A ces publications attirant l'attention sur les dangers du cannabis, d'autres, en effet, répondent en minimisant ses effets néfastes.

WALTERS et coll. (182) ainsi que GOODE (96), que nous avons déjà cités, ne trouvent pas de différence significative entre la réussite universitaire et le comportement général des étudiants fumeurs et non fumeurs de marijuana.

HOCHMAN et BRILL (105) ont étudié 1400 réponses à un questionnaire adressé à des étudiants de l'Université de Los Angelès ; eux non plus n'ont pas constaté de différence du point de vue des résultats scolaires, du mode de vie ni de l'âge de début des activités professionnelles. Cependant, ceux qui fument de façon chronique du cannabis sont moins stables dans leur emploi et ont des projets d'avenir imprécis.

P.A. BENSOUSSAN (12) a observé pendant plusieurs années un petit groupe de fumeurs habituels de haschich sans voir apparaître ni passage à d'autres drogues ni épisode psychopathique ni altération de l'activité ou du fonctionnement social.

.../...

(*) T.H.C. Tetrahydro Cannabinol

MIRIN et coll. (138) ont tenté d'éclaircir quelque peu le problème en comparant les effets d'une toxicomanie quotidienne à un usage moins fréquent (2 à 3 fois par mois). Les deux groupes de 12 sujets se distinguent nettement. La consommation la plus importante est associée à une moins bonne adaptation professionnelle et sociale, et dans quelques cas, à des traits caractéristiques du syndrome de perte de motivations. Mais dans ce groupe l'usage d'autres drogues (hallucinogènes et amphétamines essentiellement) était plus fréquent de sorte qu'il s'agit plutôt d'une comparaison entre polytoxicomanie et consommation intermittente de marijuana.

BEAUBRUN et KNIGHT ( 8 ) quant à eux, n'ont pas trouvé de différence significative entre 30 fumeurs de cannabis jamaïcains et 30 témoins, du point de vue de la symptomatologie psychiatrique et de l'adaptation sociale, évaluées au moyen d'un ensemble de questionnaires et d'échelles standardisées. Les sujets fumaient en moyenne quotidiennement 3 cigarettes d'une marijuana de concentration moyenne (2,9 % de $\Delta$ 9 T.H.C.) depuis un minimum de 7 ans. Le cannabisme est très répandu à la Jamaïque et il semble que les effets néfastes y soient très réduits (29).

En résumé, si la discussion reste ouverte, l'opinion générale qui paraît se dégager est que des modifications déficitaires de la personnalité sont plus probables avec un usage fréquent et régulier du cannabis, surtout si sa concentration en produit actif est élevée. Mais ceci n'est pas inéluctable et des différences existent peut-être selon les populations.

.../...

Toxicomanies aux amphétamines -

Si les toxicomanies aux amphétamines, stricto sensu, ne sont pas très fréquentes dans l'expérience des auteurs français, l'usage de ces produits est très répandu chez les toxicomanes (72) qui les utilisent en remplacement de leur drogue habituelle ou en complément et ce, parfois pour combattre une symptomatologie déficitaire débutante.

De fait, les manifestationsdéficitaires ne sont guère apparentes dans le tableau clinique des toxicomanies aux amphétamines et aux produits apparentés et c'est, au contraire, l'hyperactivité avec l'impression, subjectivement ressentie, d'une exacerbation des possibilités intellectuelles et créatrices qui dominent. Mais KRAMER et coll. (119) montrent combien cette augmentation de l'activité tourne "à vide" et n'est en fait, qu'une persévération d'actes désorganisés et improductifs. Ces sujets semblent avoir, en grande partie, perdu leur capacité d'action logique et coordonnée et on peut noter que la consommation d'amphétamines est associée à une baisse des résultats universitaires (96).

On peut aussi remarquer, sans qu'on puisse affirmer la responsabilité de la toxicomanie, que moins de 40 % des sujets étudiés par GARDNER et CONNELL (90) exercent un emploi régulier.

Mais c'est surtout lorsque cessent les effets psychostimulants des amphétamines, dans l'intervalle des prises et lors du sevrage, qu'apparaissent de véritables états dépressifs qui peuvent déboucher sur des tentatives de suicide (20 % des cas de GARDNER et CONNELL).

.../...

Cocaïnomanie -

Bien que la structure chimique de la cocaïne soit différente, ses propriétés stimulantes incitent à la rapprocher des amphétamines(160 Si des essais épisodiques ne sont pas rares ches les toxicomanes actuels, les cas où elle occupe la place principale sont rares (71 ) . Nous n'avons d'ailleurs pas trouvé de publication récente sur cette toxicomanie.

Les descriptions anciennes de l'intoxication chronique (5,57 ) signalaient, à côté d'état d'excitation avec logorrhée et insomnie, d'hallucinations et de délires de persécutions (à rapprocher également de ce qu'on observe avec les amphétamines), la survenue intermittente de périodes dépressives et, dans certains cas, d'une véritable prostration avec indifférence, inaffectivité et aboulie. A la longue survenaient des tableaux d'allure démentielle avec troubles mnésiques.

Toxicomanies barbituriques -

Comme l'indique une publication récente de P. DENIKER et coll.(79), la toxicomanie barbiturique s'associe le plus souvent actuellement à l'usage d'autres substances, et en particulier les amphétamines. Le retentissement des barbituriques sur les fonctions mentales est rapide : l'idéation est ralentie et on voit apparaître dans les toxicomanies chroniques un état d'hébétude, un ralentissement intellectuel, des troubles du jugement et de la mémoire (79) . Ces désordres ne sont pas toujours réversibles à l'arrêt de l'intoxication et on peut évoquer la possibilité d'une atteinte cérébrale organique définitive. Il faut préciser, néanmoins, que l'alcoolisme est souvent associé.

.../...

Toxicomanies aux solvants organiques -

Les conséquences de l'éthérisme chronique sont, elles aussi, rapidement sévères : l'apragmatisme est souvent total, l'altération du rendement intellectuel prend un aspect démentiel avec une prédominance de troubles mnésiques (73,126). La récupération est parfois incomplète à l'arrêt de l'intoxication.

Des syndromes déficitaires ont également été décrits dans le cadre de toxicomanies au trichlorethylène (108).

Par contre, les troubles du comportement, d'ailleurs plutôt de type agressif, le mauvais rendement scolaire qui sont associés à l'inhalation de vapeurs de colle (*) (toxicomanie rencontrée surtout vers l'âge de 13 ans) paraissent préexister à la toxicomanie. DODDS et SANTOSTEFANO (83) n'ont pas trouvé de différence entre un groupe de jeunes toxicomanes et un groupe témoin à une batterie de tests psychométriques comprenant des épreuves de mémoire et d'attention. Leur étude ne confirme donc pas la possibilité d'une atteinte cérébrale organique, suggérée par d'autres auteurs.(93)

On retrouve ainsi, on le voit, des éléments du syndrome déficitaire dans les principaux types de toxicomanie. Il paraît se dégager de la littérature, que son apparition est en relation avec un abus quantitativement important et continu d'au moins une drogue.

.../...

(*) les produits ainsi absorbés sont des mélanges complexes d'hydrocarbures aliphatiques et aromatiques et de divers alcools et esters.

Mais cette recherche, limitée au cadre de chaque substance, bien que nécessaire pour éclairer la question, est quelque peu artificielle, dès lors que les toxicomanies actuelles sont dans leur grande majorité, nous l'avons dit, des polytoxicomanies.

Aussi concluerons nous ce chapitre en l'illustrant d'une observation rapportée par Madame COTTEREAU (56).

- Il s'agit d'un sujet de 25 ans, hospitalisé au décours d'un sevrage pour une toxicomanie associant morphine, héroïne, laudanum, élixir parégorique, amphétamine, haschich, éther.

  Outre des manifestations somatiques, le malade présentait un état de repli autistique : indifférent à ce qui l'entourait, le faciès inexpressif, l'attitude figée. Il répondait aisément aux questions,mais sans réaction affective.

  L'exposé de sa biographie ne paraissait pas le concerner et il semblait, en particulier, totalement indifférent à une série d'échecs récents. Il n'exprimait pas par ailleurs de délire.

  Cet état a persisté 1 mois. Par la suite, le mode de relation avec autrui s'est normalisé.

o

o o

# SIGNIFICATION DU SYNDROME DEFICITAIRE

On peut attribuer à la survenue de manifestations déficitaires, au cours d'une toxicomanie, diverses significations. Nous allons les exposer ici en cherchant à les rattacher aux différentes interprétations des complications psychiatriques des abus de drogues. On peut très schématiquement les grouper en deux catégories.

- pour les conceptions "psychogéniques", la structure et la dynamique de la personnalité sont essentielles, que la toxicomanie et les troubles psychopathologiques associés soient considérés comme des conséquences parallèles d'une organisation préexistant à toute prise de drogue, ou bien qu'on admette que les expériences vécues au cours de l'intoxication puissent interférer avec elle.

- les conceptions "pharmaco-organogénétiques": ici l'accent est mis sur l'action de la drogue, et la pathologie observée est considérée comme sa conséquence, par des mécanismes divers.

Il faut cependant signaler une opinion qui n'appartient à aucune des deux catégories puisqu'elle consiste, au fond, à nier l'existence même des manifestations déficitaires. Elle est exprimée par le rédacteur du 2ème rapport au Congrès Américain sur la marijuana (177), à propos du syndrome de perte de motivations. Cet auteur déclare que "de toute évidence" il est peu probable qu'un individu en état d'intoxication chronique fasse montre de motivations conventionnelles, et que le temps nécessaire pour obtenir et consommer

.../...

une quantité de drogue suffisante pour maintenir un tel état ne doit guère laisser la possibilité d'autres tâches.

Cette remarque a peut être sa valeur dans des états proches de l'ivresse, entretenus en permanence. Mais, outre que ceci ne correspond pas à la majorité des cas où des manifestations déficitaires ont été signalées, cette formulation nous paraît simpliste car elle n'explique pas ce qui a déterminé le sujet à adopter ce mode de vie, et elle ne tient pas compte, non plus, des effets durables, persistants, dans l'intervalle des prises ou à l'arrêt de la drogue.

Cette contestation de l'individualité du syndrome déficitaire nous paraît, aussi, implicitement contenue dans le point de vue selon lequel la toxicomanie est l'expression du refus de certains jeunes de s'intégrer dans une société dont ils rejettent les finalités :

> "Nous voulons souligner ce qui dans les revendications des toxicomanes modernes s'inscrit comme une protestation contre un univers technologique vécu comme incompréhensible, étouffan angoissant avec régression vers certaines formes de sociétés archaïques (communes) ou de cultures disparues, de philosophie traditionnelles opposées à la notion de développement matériel et orientées vers la recherche d'une spiritualité"

écrit P.A. BENSOUSSAN, qui poursuit :

> "à ces adolescents en quête du "Paradis Perdu" il faut un refuge : le groupe toxicomane se constitue comme une anti-société et la modification de la conscience s'édifie en anticulture, avec ses rites (the underground), ses communions (musique pop , festivals), son langage, ses évènements, ses idoles .... tout ce qu'on a pu appeler "un cri de révolte et de détresse jeté à l'avenir" " (12).

Il est peu surprenant, alors, de voir ces jeunes gens renoncer à des études menant à des activités professionnelles, dont ils récusent

.../...

la valeur, négliger une tenue vestimentaire qui, peu ou prou, est encore un signe d'appartenance à telle ou telle classe sociale et de la sorte, ce que nous appelons sémiologie déficitaire serait en fait l'expression volontaire d'une révolte.

Certes, c'est bien là le discours conscient de bon nombre de jeunes toxicomanes.

Mais plusieurs remarques nous paraissent devoir être faites :

- En premier lieu, il n'y a pas de correspondance régulière entre le phénomène hippie et la toxicomanie : nombre de toxicomanes que nous avons rencontrés (en milieu hospitalier psychiatrique, il est vrai) menaient une existence marginale sans adhérer à cette "contre culture" et les expériences communautaires de "retour à la terre" n'impliquent, pas, à ce que nous en savons, l'usage des drogues ; les constatations de E. FOURNIER (87) confirment d'ailleurs notre impression.

- Par ailleurs, s'il est indéniable que ce refus philosophique et politique de la norme d'une société tournée vers le profit, joue un rôle important dans la prise de contact de jeunes gens avec les drogues, il nous semble que les véritables toxicomanies possèdent une dynamique propre qui relègue à l'arrière plan, au bout d'un certain temps d'évolution, ces motivations conscientes initiales. Et c'est à ce stade que s'observe plus volontiers la sémiologie déficitaire, souvent considérée comme gênante par les toxicomanes qui cherchent d'ailleurs à la combattre avec les moyens de leur pharmacopée habituelle.

Il existe certainement un risque de déformation à considérer un phénomène sociologique du point de vue de la psychiatrie, plus encline à utiliser des concepts de psychologie individuelle ; il nous semble cependant que ces véritables toxicomanies, durables,

.../...

importantes, faisant appel à des drogues dites "dures" sont essen tiellement en rapport avec la personnalité du sujet et les avatar de sa formation.

La fréquence des perturbations du milieu familial relevées par PIVA (144) nous paraît significative dans ce sens.

## Conceptions "psychogéniques"

1°) Rapports avec les psychoses

Nous l'avons dit plus haut, le tableau réalisé par le syndrom déficitaire peut être proche de l'hébéphrénie. Aussi la sus- picion d'une évolution dissociative est-elle fréquente surtou lorsqu'on se trouve au décours d'un épisode délirant. Il semble bien - encore qu'il existe peu d'études précises sur la question - que des schizophrènes aient recours à la drogu (92, 94) : tel sujet, déjà franchement schizoïde, dans le but de faciliter ses contacts avec autrui, ou d'essayer de s'in- tégrer dans une communauté, luttant aussi contre son isolemen progressif, tel autre avec un désir de meilleure compréhensio de soi, d'auto-analyse (92) s'intégrant dans un rationalisme morbide, proche du délire autistique.

Plus complexes sont les cas où aucun signe patent de psychos n'a précédé la toxicomanie : les personnalités pré-psychotique ont, plus encore que les psychotiques, tendance à chercher dans la drogue un apaisement de leur angoisse. On conçoit, dès lors, la difficulté qu'il y a à déterminer la responsabilité de la drogue si l'évolution se fait vers la psychose, d'autan que l'âge de début des toxicomanies actuelles est aussi celui des premières manifestations spontanées de la schizophrénie.

Cette question est encore, et sans doute pour longtemps encor sans réponse certaine : les études longitudinales paraissent difficilement réalisables, et les évaluations de la personnal

.../...

des toxicomanes (113,131) sont dans l'incapacité d'établir si les traits significatifs relevés, préexistaient ou non à l'abus de drogue.

Certains auteurs, cependant, ont proposé des critères cliniques de distinction entre pharmaco-psychose et psychose chronique indépendante de l'intoxication (70, 94).

Il semble bien (94, 89 ) que les psychoses déclenchées par les hallucinogènes soient plus fréquentes avec les personnalité pré-psychotiques. Par contre, GLASS (94) estime avec HENSALA (104) que l'évolution clinique d'une schizophrénie peut ne pas être modifiée par l'usage des psychodysleptiques. Il est même possible qu'ils puissent entraîner une certaine amélioration en levant l'inhibition (70).

Les personnalités psychopathiques représentent un groupe important parmi les jeunes toxicomanes.
Leurs rapports avec les psychoses sont également complexes (54,75). Outre la fréquence des accès psychotiques aigus, une évolution de type dissociative n'est pas rare.

Ainsi, dans bien des cas, les bases fondamentales de la personnalité, pour autant que les difficultés méthodologiques permettent de les aborder, paraissent porter en elles la potentialité d'une évolution analogue au syndrome déficitaire. La drogue n'apparaît alors que comme un essai de lutte contre cette évolution.

.../...

2°) Toxicomanie et dépression

Le syndrome déficitaire peut, nous l'avons vu plus haut, prendre l'aspect d'un véritable état dépressif.

Or, dans différents travaux psychanalytiques c'est la toxicomanie qui est une conséquence de la dépression.

S. LEBOVICI (120) insiste en particulier sur les cas où le défaut d'identification paternelle conduit l'adolescent à chercher refuge dans des groupes d'affiliation: "l'usage des drogues devient à la fois un moyen d'affiliation et un procédé de lutte antidépressive".

Les études sur les rapports des toxicomanies avec la dépression et le suicide sont nombreuses (30, 52, 97, 150 ) GORCEIX (97) signale les similarités entre les profils au M.M.P.I. des toxicomanes et des sujets hospitalisés pour une récidive de suicide. Notre collègue A. BRACONNIER, dans sa thèse récente (30), met en évidence la chronologie du geste suicidaire : il ne survient qu'après la période initiale de "lune de miel", lorsque l'efficacité de la drogue comme moyen de défense "maniaque" contre la dépression, diminue.

Mais on peut remarquer que cette évolution pourrait aussi s'expliquer par l'induction progressive d'un état déficitaire par la drogue.

Cette signification de défense maniaque artificielle contre la dépression est au centre des conceptions psychanalytiques de la toxicomanie.
ROSENFELD (150) précise la comparaison entre toxicomanie et psychose maniaco-dépressive.

> "Le drogué utilise les mécanismes maniaco-dépressifs qui se trouvent renforcés par la drogue et par conséquent altérés par l'intoxication . Le Moi du

.../...

toxicomane est faible, n'a pas la force de supporter la souffrance d'une dépression et a facilement recours à des mécanismes maniaques, mais la réaction maniaque ne peut se réaliser qu'à l'aide des drogues, parce que sa production nécessite une certaine force du Moi. La faiblesse du Moi des intoxiqués étant liée à la gravité du processus de morcellement du Moi".

Mais simultanément à cette action, l'absorption de la drogue a la signification symbolique d'un objet mort ou malade que le toxicomane tend à s'introjecter par sentiment de culpabilité.

3°) Personnalité du toxicomane et influence des expériences vécues sous drogue

Les traits essentiels de la personnalité des toxicomanes (52, 65, 76) sont l'immaturité, le narcissisme, la dépendance affective à l'égard de l'objet d'amour, la régression orale et le masochisme.

Ces caractéristiques suffiraient,à elles seules,à expliquer la tendance à la passivité que l'on observe dans les syndromes déficitaires, en particulier lors des hospitalisations pour sevrage qui favorisent la régression.

Cependant, DELTEIL (65) reconnaît à la drogue une action propr

"L'altération de la personnalité sous l'influence de la drogue s'accentue rapidement atteignant d'abord les mécanismes les plus élevés de l'activité mentale et surtout la volonté et la capacité de réalisation pragmatique, le sujet devenant incapable d'avoir d'autres activités que celles qui sont motivées par la nécessité de se procurer la drogue".

De nombreux auteurs américains font appel à la notion d'interaction entre les phénomènes déclenchés par la drogue (surtout

.../...

lorsqu'il s'agit d'hallucinogènes) et la personnalité du sujet (50,89,94,115,116,174).
On peut en effet supposer que des expériences répétées d'altération de la conscience, de distorsion de la perception du réel, d'hallucinations, avec un vécu parfois très angoissant, et aussi la révélation au cours de ces "voyages" de fantasmes jusqué là inconscient(30) puissent, à la longue, aboutir à une véritable destructuration d'une personnalité aux défenses fragiles. Et ce d'autant plus, sans doute, si de telles expériences se reproduisent spontanément, à distance de la prise de drogue (flash-back).

## Conceptions "pharmaco-organogénétiques"

Plusieurs niveaux sont à considérer :

1°) Le retentissement somatique

Dans les toxicomanies continues et en particulier avec l'héroïnomanie, s'observent des complications médicales (22, 128,156) qui peuvent avoir leur part de responsabilité dans l'asthénie, l'adynamie ressentie par ces malades.

L'anorexie, fréquente également avec les amphétamines, aboutit à un état de malnutrition qui peut atteindre les limites de la cachexie, avec des carences vitaminiques multiples, éventuellement aggravées par un alcoolisme associé.

Les infections sont fréquentes (22, 40) : abcès multiples, septicémies, hépatites virales dont la fréquence croît avec la répétition des injections, atteignant 40 % après 5 ans d'intoxication (157).

.../...

Les désordres endocriniens sont d'une grande fréquence avec l'héroïne : 14 des 17 femmes héroïnomanes de BISMUTH ( 22) présentaient une aménorrhée. Elle est différente de celle des états polycarenciels puisqu'elle s'observe même lorsque l'état nutritionnel est correct (167) . Les troubles seraient dus à une action inhibitrice de l'opium et de ses dérivés sur la libération d'A.C.T.H. et d'hormones gonadotropes hypophysaires même sous morphine l'injection de stimulines relève la sécrétion hormonale, témoignant de l'intégrité des organes cibles (84 ) (*).

Pour BISMUTH et coll. (22) la responsabilité de la drogue elle-même doit être discutée. Ils remarquent que ces complications sont quasi-inexistantes avec les opiacés pris par les voies naturelles et que, même parmi les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse, la morbidité est faible pour ceux qui utilisent des opiacés sous conditionnement pharmaceutique (produits de concentration constante, sans adultérant et à prix modéré) comparée à la fréquence de l'atteinte somatique, au délabrement de l'état général et à la désocialisation des héroïnomanes. Pour ces auteurs, le caractère clandestin de l'héroïne explique en partie ces différences : les procédés de fabrication du marché illicite, les excipients introduits ont déjà été reconnus responsables de certains des accidents attribués à la drogue.

Les variations de la concentration en produit actif sont à l'origine de la plupart des accidents de surdosage ; les prix exhorbitants sont la cause de l'état de famine et de la désinsertion sociale auxquels aboutissent les toxicomanes. Ainsi

.../...

---

(*) L'action des opiacés sur l'hypophyse est complexe ... ils semblraient (148), en effet, entraîner un taux de sécrétion élevée d'hormone somatotrope.

pour ces auteurs, le statut légal de la drogue conditionnerait le statut social de ses consommateurs.

Mais on peut noter aussi une autre différence dans les deux groupes : aucun des sujets utilisant des dérivés de l'opium pris par les voies naturelles ou provenant de sources pharmaceutiques n'a moins de 27 ans, alors que la moyenne d'âge des héroïnomanes est 22 ans, et leur intoxication est en générale plus récente. Ces derniers paraissent donc plus représentatifs des toxicomanies actuelles, et peut-être doit-on se demander si ce n'est pas, au contraire, le recours à une drogue totalement illicite qui est significative de la "marginalité" de ces jeunes.

2°) La toxicité cérébrale

L'abus d'agents puissants à des doses considérables, injectées souvent de façon massive et brutale par voie intraveineuse, réalise sans doute une agression cérébrale toxique ; celle-ci est attestée par les accès confusionnels ou confuso-oniriques ainsi que les comas par "overdose".

En dehors même de ces accidents, certains auteurs ont cherché à préciser les troubles des fonctions mentales que pouvaient induire l'usage chronique des drogues.

Des travaux déjà anciens (103,143) cités par SWAIN (169), ont mis en évidence l'existence d'une détérioration (au test de Babcok) dans des toxicomanies aux opiacés.

Plus récemment, BLACKER et coll. (23) ainsi que Mc GLOTHLIN et coll. (132) ont constaté des altérations des résultats psychométriques du type de celles rencontrées dans les atteintes cérébrales organiques, chez des sujets utilisant de

.../..

grosses doses de L.S.D. . BLACKER et coll. signalent en outre des troubles mnésiques et des anomalies électroencéphalographiques. ACORD et BARKER ( 2, 3 ) utilisant une batterie d'épreuves sensibles à l'atteinte cérébrale organique obtiennent également des valeurs pathologiques chez des toxicomanes aux hallucinogènes.

De nombreuses études sont consacrées, dans ce domaine, au Cannabis :

Les expérimentations menées chez des volontaires ( 1, 135, 172) ainsi que chez l'animal ( 100,188) mettent surtout en évidence des troubles de l'attention, de la mémoire immédiate, et de l'organisation temporelle au cours de l'administration aiguë.

Deux publications portent sur les effets de l'utilisation chronique. GRANT et coll. (98) ont comparé les résultats, à une batterie de tests de performance, de 25 étudiants en médecine prenant de la marijuana de façon régulière mais modérée (en moyenne 3 fois par mois depuis 3 ans) et ceux d'un groupe témoin : ils n'ont pas constaté de différence significative ; pas plus que BOWMAN et PIHL, qui, eux, étudiaient un groupe de jamaïcains fumant des quantités importantes (167 g par semaine en moyenne) d'un cannabis riche en Δ 9 T.H.C. (plus de 4 %) et ce depuis plus de 10 ans. Nous avons déjà évoqué plus haut l'innocuité apparente de la consommation du chanvre à la Jamaïque. (8, 29)

L'évolution des résultats psychométriques au cours d'une intoxication barbiturique chronique expérimentale a été suivie pendant environ 3 mois chez cinq volontaires (anciens morphinomanes). Une chute rapide des résultats est observée suivie d'une tendance à la remontée vers le 2ème mois. A l'arrêt de l'intoxication, la

.../...

récupération a été complète (118).

De nombreux auteurs cherchent à établir la nature exacte et les mécanismes biochimiques de l'action de ces divers produits sur le cerveau.

On a ainsi démontré (151) que l'administration chronique de tétrahydrocannabinol chez l'animal entraîne une diminution importante de l'acide ribonucléique des protéines et des lipides cérébraux. Les autres travaux (20,39,55,88,107, 153 ) indiquent des interactions entre les drogues (cannabis, amphétamines) et les neurotransmetteurs : acétylcholine (153) et monoamines cérébrales (catécholamines, sérotonine) particulièrement au niveau de l'hypothalamus (55) . Peut-être trouvera-t-on là une explication pharmacologique des modifications de l'humeur au cours des toxicomanies :l'importance des mouvements des monoamines au niveau du diencéphale dans la régulation thymique paraît,en effet, un fait acquis (173).

Au-delà de l'action pharmacologique des drogues, certains soutiennent l 'existence de lésions cérébrales anatomiques.
Un certain nombre de travaux font état, chez des morphinomanes, d'altérations cytologiques chroniques du cortex cérébral (58, 129,169,184 ) qui ont pu être distinguées des modifications aiguës contemporaines du décès. Mac EWEN et BUCHANAN (130) n'ont cependant pas retrouvé ces constatations.

Plus récemment a été signalée la possibilité de survenue d'une atrophie cérébrale au cours des toxicomanies : CAMPBELL et coll. (36) ont observé chez 10 toxicomanes fumant surtout du haschich (mais certains prenaient aussi du L.S.D. et des amphétamines de façon moins importante), une augmentation des différents diamètres des ventricules latéraux et du 3ème ventricule à l'encéphalographie

.../...

gazeuse. Cette dilatation, variable d'un sujet à l'autre, était chez certains très importante et s'associait dans 2 cas à un élargissement des sillons corticaux. L'atrophie paraissait prédominer sur le noyau caudé, les ganglions de la base et la région du 3ème ventricule.

Le jeune âge des sujets (22 ans en moyenne) est à souligner ainsi que la fréquence des céphalées et des troubles mnésiques. Dans 3 cas la description clinique est très évocatrice du syndrome déficitaire.

Il faut cependant noter que quelques observations sont d'interprétation difficile du fait de l'existence d'antécédents, de comitialité, de traumatisme crânien ou d'un alcoolisme important, tous facteurs qui peuvent être responsables d'une atrophie cérébrale.

Cette publication a fait l'objet de nombreuses critiques (33,35), les critères du diagnostic d'atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse surtout sont discutés.

L'utilisation d'une méthode non traumatisante, l'échoencéphalographie, a permis à Von ZERSSEN et coll. (180 ) de comparer le diamètre transversal du 3ème ventricule chez 34 toxicomanes (drogues non précisées), dont la plupart n'avaient aucun antécédent d'alcoolisme, d'épilepsie, de trauma crânien, de diabète ou d'hypertension, ainsi que dans un groupe témoin, 34 malades psychiatriques,dont la répartition était similaire pour l'âge et le sexe.

Chez 30 toxicomanes, le diamètre du 3ème ventricule dépasse la limite supérieure de la normale. Seuls 4 sujets témoins ont des valeurs supérieures à la normale.

RUMBAUGH et coll. (154 ) ont, eux, observé des modifications vasculaires cérébrales (occlusions d'artères de petit calibre) à

.../...

l'artériographie chez des toxicomanes dont l'âge variait de 16 à 39 ans.

Il n'est pas possible de déterminer la responsabilité d'un type particulier de drogues ni de faire la part de l'action éventuelle des solvants et excipients employés ; il est possible aussi que ces aspects soient dus à des microembolies de particules mal dissoutes, la plupart des cas correspondant à des toxicomanies par injections intraveineuses.

Cette étude clinique et radiologique a été complétée par une expérimentation animale (155) : l'administration chronique de métamphétamine, par voie intraveineuse, chez le singe, fait apparaître des occlusions vasculaires multiples. Les auteurs rapprochent ces faits des cas d'angéite nécrosantes préalablement publiés (45).

Ces constatations, qui demandent bien sûr d'autres confirmations, n'en renouvellent pas moins la question, déjà posée par certains auteurs sur la seule clinique, de savoir si certaines manifestations déficitaires des toxicomanies ne sont pas en rapport avec une atteinte organique irréversible.

* * *

De l'expression de tendances psychopathologiques préexistant à la drogue, à la lésion cérébrale définitive d'origine toxique, les interprétations que l'on peut proposer du syndrome déficitaire sont donc très diverses.

Nous n'aurons pas la prétention de régler ici définitivement ces problèmes complexes qui font, comme on l'a vu l'objet de controverses depuis plusieurs années ; tout au plus chercherons nous à confronter ces différentes hypothèses avec nos propres observations.

.../...

# III - E T U D E  C L I N I Q U E

Cette étude comporte six observations de toxicomanes hospitalisés dans le service du Professeur DENIKER. Ce nombre limité est expliqué par notre souci de n'utiliser que des observations suffisamment complètes.

Nous avons vu d'autres toxicomanes qui présentaient des manifestations déficitaires, mais dont le trop bref séjour dans le service, lors d'une période de sevrage, pour eux difficile à vivre, et au cours de laquelle de longs entretiens n'étaient pas volontiers acceptés, ne nous a pas permis de rassembler des informations suffisantes pour pouvoir être présentées ici.

Il n'est donc pas question de tirer des données rassemblées des conclusions quantitatives en particulier du point de vue de la fréquence du syndrome déficitaire.

Il faut, en outre, rappeler qu'en choisissant les observations les plus détaillées nous avons été conduits à ne retenir, dans la plupart des cas, que des toxicomanes dont le séjour hospitalier a été long et ce fait est le plus souvent en rapport avec des troubles psychiatriques plus sévères et plus durables.

Nous ajouterons à nos cas personnels une observation qu'a bien voulu nous communiquer notre collègue le Docteur BRACONNIER.
Qu'il trouve ici nos remerciements renouvelés.

.../...

Observation n° 1 :

Mme F..., 28 ans

F... est l'aînée de deux enfants. Ses parents, d'un milieu aisé, sont actuellement séparés. Elle a été considérée comme "instable" par ses parents dès l'âge de 3-4 ans. Sa scolarité a été marquée par de nombreux changements d'école du fait de sa turbulence et de son indiscipline. A 16 ans elle décide d'abandonner ses études et exerce alors de multiples professions, ne restant pas plus de 2 mois dans la même place. C'est à cette période qu'elle fait quelques expériences occasionnelles au haschich. A 18 ans elle se découvre enceinte et dit ne pas connaître le père (elle l'a rencontré au cours d'une surprise partie); elle abandonne l'enfant à sa naissance. A 19 ans, alors qu'elle est en Espagne dans la famille de la bonne de ses parents, elle est de nouveau enceinte et accouche d'un garçon qui est depuis élevé par cette famille. A 21 ans, rentrée à Paris, elle se marie mais peu après elle devient la maîtresse d'un toxicomane qui l'initie véritablement à la drogue :

- héroïne surtout, dont elle apprécie particulièrement le flash ; elle atteint 10 à 20 injections par jour
- opium, morphine de façon occasionnelle
- maxiton par voie intraveineuse
- ce n'est que plus tard (vers 23 ans) qu'elle commencera le L.S.D.

Ses motivations conscientes sont : la curiosité, la recherche d'une stimulation intellectuelle et d'une meilleure connaissance de soi.

Elle quitte son mari et mène alors avec son ami une existence décousue et instable, surtout fonction des possibilités d'approvisionnement. Leur seule activité est en effet la recherche de la drogue

ainsi que le petit trafic ( elle a été condamnée à deux reprises).

Vers 23 ans elle commence à prendre du L.S.D.. C'est vers cette époque que son père, qu'elle voit de temps à autre (alors que sa mère ne veut plus entendre parler d'elle), remarque pour la première fois des propos délirants ayant trait à la télépathie. Sur l'insistance de son père elle est hospitalisée à 3 reprises afin de tenter une cure de désintoxication. Mais chaque sortie est marquée d'une rechute.

Elle fait un séjour de plusieurs mois aux Baléares. Du fait de difficultés à se procurer de la drogue , elle a recours au L.S.D. " pour se désintoxiquer de l'héroïne". Il semble qu'elle ait fait à cette époque plusieurs "voyages" désagréables (elle parle en particulier de sensations d'explosion du monde) ; elle aura aussi à plusieurs reprises des"flash back" qui renouvellent ces expériences angoissantes.

De retour en France, après un nouveau séjour hospitalier, elle s'installe dans une véritable incurie : restant prostrée toute la journée, ne mangeant pas. Des épisodes confusionnels et oniroïdes semblent marquer cette période dont le souvenir restera toujours imprécis. Sa consommation de drogue paraît se limiter à quelques prises de L.S.D. , la dernière remontant à 1 mois (?) avant son hospitalisation à Sainte Anne.

A son entrée elle exprime sans réticence un délire foisonnant de thèmes fantastiques : elle est le maître du monde, ... Dieu ...., la femme de J.F. KENNEDY qu'elle porte en elle ... " on m'a foutu en bombe atomique ... j'ai bougé la machine qui faisait marcher le monde ... " etc... On note l'existence d'un automatisme mental et d'hallucinations auditives ainsi que des expériences de dépersonnalisation exprimées par les thèmes d'éclatement et la sensation très particulière d'être "mise en croix".

.../...

Après échec d'un traitement neuroleptique, la sismothérapie entraîne rapidement une disparition des phénomènes psycho-sensoriels et une critique du délire.

Par la suite elle gardera toujours une certaine nostalgie de son délire.Malgré les expériences angoissantes qu'elle a connues, elle y revient toujours avec complaisance ; l'existence lui paraît morne en comparaison.

Au cours des 5 mois d'hospitalisation qui suivent cette période aiguë elle se révèle incapable de la moindre activité,même pendant ses sorties de l'hôpital, ne voit personne. Elle se plaint de cet état et réclame en permanence des excitants, malgré le traitement thymoanaleptiques qui lui est déjà prescrit.

Une tentative de réinsertion professionnelle échoue au cours du 4ème mois d'hospitalisation : elle se sent incapable d'assurer ce simple travail de classement.

Lorsqu'elle sort du service elle est bien décidée à ne plus jamais se droguer et obtenir ainsi le magasin de vêtements que son père lui a promis. Elle a également décidé d'arrêter tout traitement. Depuis plusieurs semaines les infirmières ont remarqué un certain état d'excitation,en particulier lors des sorties,et qui paraît en rapport avec une intoxication alcoolique croissante,volontiers admise par la malade. Quelquesmois après sa sortie on apprend qu'elle a recommencé à se droguer, surtout avec des amphétamines qui l'aident, pense-t-elle, à combattre son apathie.

Commentaires

Cette observation complexe appelle plusieurs remarques.
En premier lieu doit être discuté le diagnostic de schizophrénie qui a été évoqué pour cette malade : ni la sémiologie de son épisode délirant, riche d'emblée en thèmes multiples et en phénomènes psycho-sensoriels ni la qualité de son contact, syntone avec une tendance à la manipulation et à l'érotisation de la relation, ni

.../...

l'action du traitement (la résistance à de fortes doses de neuroleptiques, aussi bien que l'action rapide et surtout durable des électrochocs, inhabituels au cours de la schizophrénie) ni la biographie plutôt évocatrice d'une personnalité psychopathique, ni la description qui est faite de la patiente, qui n'a jamais présenté le moindre trait schizoïde avant la toxicomanie, ne sont typiques d'une psychose dissociative. Reconnaissons, néanmoins, qu'aucun de ces éléments n'est à proprement parler spécifique.

Les manifestations déficitaires paraissent être apparues précocément lors du début de l'héroïnomanie. Cependant deux périodes nous paraissent d'un particulier intérêt de ce point de vue : d ' abord la période qui précède l'hospitalisation, mais là l'incurie, l'inactivité semblent plutôt le fait de la dissolution de la conscience propre à l'état confuso-oniroïde dans lequel F... paraissait se trouver. L'explication de cette décompensation reste d'ailleurs peu claire, étant donné les imprécisions et les contradictions des renseignements fournis par la malade ; peut-être l'action de prises épisodiques de L.S.D. s'est-elle alors intriquée avec des "flash back" en rapport avec la consommation massive de ce corps au cours des mois précédents. Certains auteurs en effet (127) ont signalé la possibilité de telles récurrences jusqu'à 1 ans après la prise de cet hallucinogène.

Mais le syndrome déficitaire a été surtout caractéristique lors du sevrage : le déficit énergétique était prédominant et pendant des mois F... a été incapable d'autre chose que de velléités, incapable de lire, incapable aussi d'écrire ou de dessiner, comme elle le désirait, ce qu'elle avait vécu au cours de son expérience délirante. Il nous paraît probable qu'une atteinte des fonctions cognitives ait contribué à ce déficit : de nombreuses imprécisions dans la chronologie des évènements de sa biographie paraissent bien révélateurs de troubles mnésiques ; l'échec de la tentative de travail, à laquelle elle attachait pourtant une grande importance, nous paraît également témoigner d'une telle atteinte. Le refus constant

.../...

de la malade de se soumettre à une exploration psychométrique ne nous a cependant pas permis de la vérifier.

A ce déficit énergétique nous a paru s'ajouter un élément thymique. Le vécu dépressif de F... trouvait sa justification, d'une part dans lè sentiment d'incapacité dont elle était très lucide et, d'autre part dans une nostalgie du monde fantastique et mégalomaniaque dans lequel les drogues et son délire l'avaient fait vivre. Il n'est peut-être pas exagéré de parler à ce propos d'une réaction de deuil.

Une psychothérapie trop brève et peut-être trop proche de l'épisode psychotique aigu n'a pas permis d'aborder la signification profonde de la toxicomanie chez cette malade. Il paraît cependant probable que les manifestations déficitaires, douloureusement ressenties par elle, ont joué un rôle dans la rechute de l'intoxication.

---

Observation n°.2 :

Mme N..., 27 ans

Biographie :

Fille unique, N ... a été élevée par ses grands parents tantôt du côté paternel, tantôt du côté maternel, avec de fréquents changements.

Ses parents s'entendaient mal et se sont séparés alors qu'elle avait 11 ans. Sa mère la reprend alors avec elle. A cette époque N... fait une tentative de suicide (elle avale un flacon d'éther) parce qu'elle regrette de ne plus être chez ses grands parents.

Elle continue cependant de vivre avec sa mère.

C'est vers l'âge de 12-13 ans qu'elle commence à respirer de l'éther de façon épisodique : elle gardera toujours le souvenir des "états formidables" dans lesquels l'éther la plonge.

Il est à noter que la toxicomanie est, en quelque sorte, une tradition familiale : sa grand-mère maternelle était elle-même éthéromane, un oncle était cocaïnomane et un grand oncle morphinomane s'est suicidé.

A l'âge de 14 ans elle abandonne l'éther pour ce qu'elle appelle "une crise de masochisme", se piquant des aiguilles dans les veines pendant quelques mois. Elle fait aussi plusieurs tentatives de suicide par phlébotomie.

Sa mère l'amène consulter différents psychiatres ; lorsqu'elle passe des tests elle exprime volontairement des idées morbides. Une psychothérapie entreprise à cette époque est rapidement abandonnée.

.../...

C'est à 16 ans, lors d'un voyage en Angleterre, qu'elle se "lance" véritablement dans la drogue :

- d'abord haschich (3 à 4 cigarettes par jour) qui la met dans un état euphorique et l'aide à penser;
- puis L.S.D., consommé en groupe, avec lequel elle a des hallucinations colorées de tonalité agréable. Une seule fois elle aura une crise d'angoisse avec un sentiment de peur de se retrouver enfermée dans son cercueil.

Elle poursuit ses études secondaires, dissimulant sa toxicomanie ; son travail scolaire est satisfaisant mais elle accepte difficilement la discipline : elle est renvoyée à plusieurs reprises et doit redoubler la première. Elle passe néanmoins son baccalauréat philosophie à 19 ans, avec la mention "Bien".

Vers cette époque, après une première relation sexuelle qu'elle décrit comme très décevante, sa toxicomanie s'intensifie. Elle commence en effet à prendre de l'opium et des dérivés, par voie orale d'abord puis, rapidement, par voie intraveineuse. Elle recherche surtout le flash qui est, dit-elle, la compensation de sa frigidité.

A 20 ans elle prend surtout des amphétamines (en intraveineux) avec aussi du haschich et du L.S.D.

De 21 à 24 ans elle est chanteuse dans un cabaret, ce qui lui fournit assez d'argent pour se procurer des drogues : il s'agit de nouveau essentiellement d'opiacés : élixir parégorique, morphine, héroïne enfin, et rapidement elle atteint 4 à 5 injections par jour.

Parallèlement elle entreprend des études de psychologie qu'elle poursuit jusqu'à la 2ème année de licence. Mais sa consommation d'opiacés l'empêche de poursuivre. Elle travaille encore pendant

.../...

un an comme institutrice suppléante : elle est renvoyée lorsqu'on s'aperçoit de sa toxicomanie. C'est son dernier travail jusqu'au moment où nous la verrons (3 ans plus tard).

Dans l'intervalle elle est hospitalisée une dizaine de fois dans divers hôpitaux pour désintoxication.

C'est au cours de l'un de ces séjours en hôpital psychiatrique qu'elle rencontre son mari, également toxicomane.

Ils vivent alors tous deux des subsides des parents du mari, particulièrement tolérants et qui leur auraient même fourni de la drogue lors de séjours en milieu hospitalier.

Lors de son admission dans le service du Professeur DENIKER (simultanément à l'entrée de son mari au service hommes) N... déclare se faire 4 à 5 piqûres d'héroïne par jour ; elle prend, de plus, de grandes quantités d'hypnotiques (barbituriques, méthaqualone) , et pour lutter contre des symptômes de manque, du sirop à base de codéine.

Elle est très asthénique et son activité est strictement réduite à la recherche de la drogue ; elle ne sort guère de chez elle. Elle dit se sentir déprimée mais on ne trouve pas de véritable symptomatologie dépressive : pas de douleur morale, ni d'auto-accusations. Elle exprime cependant un sentiment d'incurabilité, d'absence d'issue à sa situation actuelle, qui est à replacer dans le cadre d'une personnalité dominée par les traits hystériques et psychopathiques.

Le contact est tour à tour séducteur et agressif, elle donne une impression de froideur affective et cherche constamment à manipuler l'interlocuteur.

Des tests sont pratiqués peu de temps après son entrée (cf. le dossier psychologique n° 23) : le niveau intellectuel est supérieur : Q.I.=117 au test de vocabulaire de Binois-Pichot , Q.I.= 110 au D.48.

.../...

On note une instabilité dans la mobilisation de l'attention qui entraîne des fluctuations de l'efficience.
Mais le fait que N... ait fait des études de psychologie et connaisse bien les tests projectifs (en particulier le Rorschach) limite l'investigation : le profil au M.M.P.I. est relativement peu déviant, les aspects de déséquilibre, les troubles de l'adaptation affective et sociale, et les traits hystéroïdes dominent. Mais l'examen révèle surtout l'intervention de défenses manifestes à l'égard de l'épreuve visant à minimiser les conduites et traits pathologiques et à présenter le sujet sous un jour relativement normal.

Le sevrage est marqué par la survenue de crises comitiales (probablement dues à l'intoxication barbiturique associée, pourtant irrégulière, à moins qu'il ne faille incriminer l'impureté de l'héroïne ?). Par la suite N... reste très adynamique. Dès les premières sorties avec son mari, tous deux se droguent de nouveau. Elle donne même un caractère ostentatoire, provocateur à sa toxicomanie, s'arrangeant pour qu'on remarque les traces d'injections sur ses mains, préparant ses ordonnances dans le service même, revenant de chaque permission manifestement "défoncée".

Elle passe en effet chaque week-end avec son mari à se droguer. C'est seulement sous l'influence de la drogue qu'une relation entre eux paraît possible. Seules leurs expériences communes lui semblent les rapprocher ; elle reste totalement frigide.

Elle se plaint souvent à nous de son asthénie, réclame constamment d'autres stimulants en particulier des I.M.A.O. qu'on lui avait prescrits dans le passé. Son traitement (Sulpiride 100 mg, Amitryptyline 50 à 75 mg/j, thyroxine, ainsi que divers psychostimulants mineurs) ne paraît guère l'améliorer.
Elle envisage parfois de reprendre un travail mais ne peut se décider à rien ; son activité se limite à la lecture de quelques romans policiers.

.../...

Son état ne s'améliore pas à sa sortie de l'hôpital : elle ne fait absolument rien, boit de l'alcool et surtout s'injecte 150ml/j d'élixir parégorique pour "pouvoir tenir" et faire le minimum nécessaire ; elle ne sort plus, ne lit plus, et paraît plus authentiquement déprimée. Elle cessera ensuite de venir à notre consultation.

Commentaires

On ne relève aucun élément psychotique aussi bien dans la biographie que dans le contact de cette patiente. On retrouve par contre la coïncidence des premières appétences toxicomaniaques avec une période de dépression très probable (cf. les tentatives de suicides) elle-même en relation avec le départ de son père, son propre départ de chez ses grands parents très chaleureux, et la cohabitation avec sa mère, décrite à la fois comme froide et trop possessive. N... lui reproche,en outre,ses amis successifs qui ont vécu avec elles.

- La valeur symbolique de la piqûre est ici particulièrement claire (voir sa période de"masochisme" : cette pénétration lui procure, comme elle le décrit elle-même, l'orgasme que les relations génitales ne lui ont jamais apporté.

- Le syndrome déficitaire est apparu de façon nette au cours d'une hospitalisation qui n'a correspondu qu'à de très brèves (quelques semaines au plus) périodes d'abstinence, l'intoxication ayant rapidement repris. Certes, les éléments hystériques manifestes de la personnalité de N... peuvent en partie l'expliquer: elle trouvait une satisfaction à mettre en échec les médecins, tout en maintenant la relation avec eux et la situation régressive du maternage hospitalier.

.../...

On ne peut pas cependant manquer d'être frappé par la pauvreté du mode de vie qu'elle a accepté pendant des mois - et les 10 hospitalisations précédentes n'ont pas dû être très différentes - ainsi que par l'aggravation de son état, aboutissant à un véritable apragmatisme lors de sa sortie.

---

.../...

Observation n° 3 :

Mlle M ..., 22 ans

M... est hospitalisée dans le service du Professeur DENIKER à la demande de sa mère en raison d'un apragmatisme croissant, associé à un sentiment de dépersonnalisation et à des idées délirantes.

Biographie :

Elle est l'aînée de 3 enfants : un frère âgé de 20 ans est ouvrier spécialisé, un frère de 16 ans est au lycée.
Ses parents se sont séparés alors qu'elle avait 16 ans.

Elle décrit son père comme un personnage violent, ancien sous-officier de la coloniale, alcoolique. C'était un jaloux pathologique et il avait en outre la crainte que sa fille ne soit enceinte; aussi lui interdisait-il de sortir.
Il est décédé un an avant l'hospitalisation de M...
La mère, très effacée, travaille comme secrétaire.

A l'âge de 12-13 ans, M.. qui jusque là était une enfant sans problème, devient progressivement solitaire, renfermée, triste. Elle poursuit cependant normalement ses études. Elle est même une élève brillante et obtient le baccalauréat avec mention à l'âge de 18 ans. C'est à cette époque qu'elle prend contact avec la drogue : d'abord des amphétamines, sur les conseils d'une amie, par curiosité mais aussi pour se stimuler, pour dissiper un sentiment de malaise intérieur indéfinissable ; elle espère améliorer ainsi ses difficiles contacts avec les autres.
De 5 nourrimés d'amphétamine par jour elle arrive à prendre 1 tube de Minortine (association d'amphétamine et de caféine), dont l'action lui donne l'impression de faciliter ses contacts avec ses camarades de lycée. C'est à cette période qu'ont lieu ses premières expériences sexuelles.

.../...

Peu après son baccalauréat, elle décide de quitter son milieu familial qu'elle juge ennuyeux ("sa mère ne la comprend pas"). Elle fréquente , là, des groupes de "hippies" avec lesquels elle vit. Elle essaye alors d'autres drogues : haschich et L.S.D. Elle s'inquiète cependant de sa consommation croissante d'amphétamines et les interrompt avec l'aide d'un médecin. M... connaît alors une période dépressive au cours de laquelle elle ne ressent plus aucun désir et a "perdu le goût de vivre":

Elle décide alors de voyager à travers l'Europe en auto stop. Pendant 7 mois elle va mener une vie itinérante en Hollande et au Danemark, travaillant comme serveuse dans des restaurants et des cafés. Elle fréquente toujours des groupes de jeunes toxicomanes et prend, de façon irrégulière, du L.S.D., du haschich et de la morphine ; elle apprécie surtout le L.S.D. avec lequel elle fait de nombreux"voyages" hallucinatoires agréables (mais dont elle ne peut préciser le contenu). Elle a l'impression que ces drogues lui font découvrir son "subconscient" car, dit-elle, sous leur effet elle avait l'impression que les autres lui en voulaient. Elle pense aussi qu'elles lui permettent d'être réceptive aux "vibrations du cerveau des autres" et perçoit leurs pensées. Elle distingue la "télépathie",des "voix du subconscient",car la première s'accompagne d'une sensation douloureuse de la région occipitale.

C'est surtout avec un jeune anglais rencontré au cours de ses déplacements que cette communication est la mieux réussie. Elle a même plusieurs fois l'impression de faire le "voyage" avec lui alors que lui seul a pris du L.S.D.

Elle reste très attachée à ce garçon avec lequel elle a connu ses seules relations sexuelles satisfaisantes.

Lorsqu'elle rentre à Paris, M... tente de reprendre ses études, mais d'importantes difficultés de concentration l'obligent à y renoncer.

.../...

Elle s'essaie, sans succès, au théâtre, entre dans un emploi de bureau qu'elle abandonne au bout de 8 jours : elle se sent mal à l'aise et de plus le travail qu'on lui propose est sans intérêt.

Elle continue de fréquenter des toxicomanes, prend du haschich, des barbituriques avec de l'alcool. Elle s'isole de plus en plus préfère fermer les volets pour vivre dans le noir ; elle lit des ouvrages sur la philosophie orientale, la parapsychologie, la transmission de pensée. Son discours est souvent incompréhensible pour sa mère et ses frères.

Bien qu'elle ne reçoive pas de lettre de son ami, elle croit toujours communiquer par la pensée avec lui. Elle part le rejoindre à Londres, mais comme il la reçoit assez mal, elle rentre au bout de 2 semaines à Paris et tente alors de se suicider.

M... continue de prendre diverses drogues de façon irrégulière, avec toujours les même impressions de "télépathie" et de "vibrations". Elle a aussi à plusieurs reprises des "flash back". Son anxiété est de plus en plus importante ; elle se sent coupée du réel et a l'impression d'un écran entre elle et les autres. Elle fait alors diverses tentatives thérapeutiques et entreprend une psychothérapie. Mais finalement, de plus en plus angoissée par le sentiment de dépersonnalisation, elle consulte dans le service du Professeur DENIKER où elle est hospitalisée.

A son entrée elle est très anxieuse. Son visage figé, sa mimique pauvre, son contact difficile, évoquent une hébéphrénie. Il n' existe cependant pas à proprement parler de barrages. Des difficultés dans l'évocation de souvenirs précis, des confusions dans les dates donnent l'impression de troubles mnésiques car il n'existe aucune réticence.

Au bout de 6 semaines d'hospitalisation ( traitement : 1.200 mg de Sulpiride), une nette amélioration se dessine : sa mimique s'anime, son isolement diminue dans le service. Mais elle reste très aprag-

.../...

matique et la critique de ses idées délirantes est très partielle.

Elle décide de sortir avec l'intention de reprendre sa psychothérapie et de travailler.

Commentaires

Cette observation pose de façon particulièrement complexe la question de la part de responsabilité respective de la drogue et de la structure préexistant à la toxicomanie.
La schizoïdie était évidente avant la prise d'amphétamines et les motivations de l'intoxication : besoin de stimulation, désir d'améliorer les contacts avec autrui sont évocateurs d'une tentative de lutte contre un envahissement psychotique.

L'évolution : schizoïdie, rupture avec le milieu familial, mode de vie marginal, idées délirantes, apragmatisme croissant, peut correspondre à une schizophrénie indépendante de la toxicomanie; la relation très fusionnelle avec l'ami anglais entre également dans ce cadre.

Certains points nous paraissent cependant devoir être discutés : Les tension du milieu familial, les problèmes de la relation avec le père pourraient expliquer un état dépressif, à l'expression certes très atypique chez cette adolescente, mais qu'on ne peut totalement exclure.
Surtout certaines particularités du contact et du discours de cette malade nous paraissent intéressants à souligner. La richesse de l'expression, l'absence de toute réticence, comme de tout barrage, l'extrême lucidité de la malade par rapport à tout son vécu, contrastant avec l'importance de son inhibition motrice, sont un peu inhabituels dans l'hébéphrénie où les troubles du cours de la pensée sont généralement au premier plan.

.../...

Les idées délirantes nous semblent aussi quelque peu inhabituelles. Bien qu'elles ressemblent à l'expression d'un automatisme mental, elle restent strictement rattachées aux expériences vécues sous hallucinogènes. Elles ont une cohérence et une limitation du point de vue des thèmes qui n'est pas la règle dans la schizophrénie, où le délire est plus flou et plus envahissant.

Nous proposerions volontiers de voir ici l'influence, sur une personnalité pré-psychotique aux défenses très fragiles, des expériences destructurantes dues aux hallucinogènes qui ont gravement ébranlé l'adaptation, déjà précaire, de M... à la réalité, la mettant concrètement, pourrait-on dire, au contact d'un monde dominé par l'imaginaire, et cela d'autant plus que les "flash back" ne lui laissaient même plus la possibilité de rattacher ces expériences à un agent extérieur, puisqu'elles pouvaient survenir indépendamment de lui.

---

Observation n ° 4

Monsieur A..., 65 ans

Biographie

Monsieur A... est d'origine Roumaine. Son père, chirurgien, est décrit comme sévère, suroccupé. Sa mère, plus affectueuse, était une femme faible, petite, souvent malade.

Après des études secondaires brillantes, il a fait ses études supérieures (philosophie et sciences politiques) en France. Il voyage souvent à cette époque.

Depuis l'âge de 12 ans il écrit beaucoup et collabore dès l'âge de 16 ans à des revues littéraires. On peut noter,cependant,qu'il vit de façon assez solitaire, a peu d'amis, ne sort guère, sa distraction principale étant la lecture.

Lorsque la guerre éclate, il décide de s'engager bien qu'il ait 40 ans. Il est atteint d'une blessure à la jambe qui oblige à l'amputation.
Des douleurs persistantes au niveau du moignon (avec phénomène de "membre fantôme") l'amènent à essayer différents antalgiques qui se révèlent peu efficaces.
Il finit par essayer le dextromoramide* ; en un an sa consommation va atteindre 20 ampoules par jour. Il prend également des hypnotiques et des amphétamines pour compenser une asthénie croissante, associée à une anorexie.

Un an après le début de cette toxicomanie il fait une tentative de suicide par barbituriques. Par la suite son asthénie croissante empêche pratiquement toute activité; il perd même le goût de la lecture.

.../...

* corps analogue aux opiacés.

Lors de son hospitalisation, le remplacement du dextromoramide par 4 comprimés/jour de pentazocine,associé à du Tofranil 75 mg/j et 50 mg de Nozinan,amène une amélioration rapide.

Bien que des douleurs supportables persistent, A... fait de nouveau des projets, reprend goût à la lecture et à différentes activités.Quelques mois après sa sortie, dans une lettre de remerciement au médecin qui s'est occupé de lui pendant son hospitalisation, il confirme la reprise d'activités normales et décrit son état pendant sa toxicomanie :

> "Vous m'avez secouru efficacement et cela à un moment où même le désespoir m'avait quitté. Je vivais une période de grande lassitude que je considérais sérieusement comme une préface au néant... Il s'était institué une espèce de connivence sournoise entre la douleur et la drogue qui se chevauchaient, se dépassaient, s'appelaient réciproquement en un cycle infernal ... Je ne croyais plus à une amélioration, et je ne voulais plus vivre car la vie n'avait de sens que si je pouvais exercer encore quelque activité (lire, écrire). Cela je ne le pouvais plus et c'était pire que la souffrance physique".

Commentaires

Bien des faits nous manquent dans l'observation de ce patient que nous n'avons pas personnellement suivi. Nous l'avons cependant retenue en raison de son intérêt et aussi de la qualité de la description donnée par le malade lui-même sur son état.

Il s'agit d'une toxicomanie à point de départ médical, de type "classique", bien différente de la plupart des toxicomanies actuelles.

L'appréciation de la personnalité prémorbide est impossible, tout au plus peut-on remarquer le relatif isolement dans lequel a toujours vécu cet homme. Aucun trait psychotique n'a, cependant, été

.../...

noté lors de son hospitalisation, rien ne suggère non plus un tel diagnostic dans sa biographie.

L'apparition du syndrome déficitaire est rapide dans cette toxicomanie importante ; il comporte à la fois un déficit énergétique portant surtout sur toutes les activités du malade y compris les occupations qui ont été sa véritable raison de vivre depuis son adolescence, et des éléments dépressifs sévères, qui ne paraissaient pas préexister à l'intoxication.

L'efficacité de la drogue comme moyen de défense maniaque paraît ici des plus réduite. C'est plutôt la signification symbolique d'un "objet mort que le sujet s'introjecte" (150) qui prédomine dans ce cas. "La douleur rend sale" dit-il, au cours d'un entretien, et si l'on en juge par l'intrication qu'il décrit entre drogue et douleur, ce jugement nous semble s'appliquer aussi bien à l'une qu'à l'autre.

Les phénomènes algiques, d'ailleurs, dont A... signale qu'ils se sont exacerbés lorsqu'il a commencé à prendre du dextromoramide, qui étaient fortement influencées par les conditions psychologiques où il se trouvait (elles disparaissaient, en particulier au cours des entretiens avec son médecin) s'intègrent, au moins en partie, dans sa dépendance psychique à l'égard de la drogue.

L'importance de la culpabilité est également à souligner : il l'exprimait en parlant de "lacheté et d'indignité" à propos de son état.

---

.../...

Observation n° 5

Monsieur B..., 26 ans

Biographie

Monsieur B... est le 8è d'une fratrie de 10 (4 garçons, 6 filles). Son père, cadre important dans l'Industrie Pharmaceutique est décédé d'un infarctus du myocarde alors que B... avait 21 ans. Il le décrit comme un homme très doux, réservé et même timide avec lequel il n'a jamais pu avoir de véritables dialogues en dehors des "sujets de salons".
Sa mère était, au contraire, dure, peu affectueuse, assez autoritaire ; "psychasthénique",elle prenait parfois du Corydrane. Elle était plus ouverte au dialogue, mais se montrait souvent maladroite. Elle est décédée d'un cancer du sein alors que B... avait 25 ans.

B... était un enfant rêveur, redoublant ses classes dès le début de la scolarité primaire, souvent renvoyé en raison de ses mauvais résultats. Il lisait beaucoup mais ne s'intéressait pas à la classe; il fuyait les jeux de ses camarades qu'il trouvait trop brutaux. C'est sa mère qui le réprimandait pour ses mauvais résultats. Il sera placé dans un internat pour sa scolarité secondaire.

Vers l'âge de 14 ans il prend du Corydrane qu'il a vu prendre par sa mère. Il ressent une transformation radicale : au lieu de rester sur son lit toute la journée à rêver ou à écouter de la musique, il a alors l'envie de travailler. Il continue de prendre régulièrement 2 à 3 comprimés de Corydrane par jour.
Ses résultats s'améliorent, il devient même un brillant élève et passe le baccalauréat avec succès ; il décide alors de faire sa médecine et réussit le PCB et la première année sans difficulté.

.../...

Au cours de sa première année de médecine, il se fiance avec une jeune fille,puis rompt avec elle en apprenant qu'elle s'est fait avorter, étant enceinte d'un autre garçon. C'est par peurde l'opinion de ses parents, du scandale, qu'il dit avoir décidé cette rupture. Il en garde un sentiment de culpabilité.

A la suite de cet évènement, B... tombe dans un état dépressif marqué ,avec un apragmatisme qui ne le quittera plus. C'est alors qu'il augmente les doses de Corydrane puis passe à un autre psychostimulant le Lidepran (proche des amphétamines) afin d'éviter les inconvénients des dérivés salicylés.
Il prend à cette époque des doses de 40 comprimés et parfois plus chaque jour. B... explique d'ailleurs que les faibles doses provoquaient des états d'angoisses plus importants qu'avec les fortes doses. Mais même avec celles-ci il garde une impression d'étouffement qu'il calme en se caressant le mamelon ; cette sorte de masturbation est devenue un réflexe dès qu'il prend du lidepran.

A partir de cette époque B... redouble chacune de ses années universitaires. Il commence à éprouver une gêne à parler avec les malades à l'hôpital. Il pense faire de l'orthopédie car, dit-il, il y a peu de contacts avec les malades "tout est technique".

Pendant des périodes d'apragmatisme plus importantes que d'habitude, il essaie d'autres drogues : il fait ainsi une vingtaine de "voyages" au L.S.D., fume pendant 3 mois du haschich, prend de l'héroïne sans jamais être véritablement "accroché". Sous l'influence de ces substances, il lui arrive d'avoir l'impression, très angoissante,d'une transformation de son visage, qui prend alors les traits de sa mère. La même transformation est survenue aussi en regardant le visage d'une amie.
Il se rappelle avec une grande culpabilité la mort de sa mère à laquelle il a assisté. B... se reproche en particulier de ne pas l'avoir suffisamment encouragée à consulter, alors qu'il la savait porteuse d'une affection du sein (on avait initialement parlé d'un

.../...

noyau d'abcès ancien). C'est aussi à cette période que sa toxicomanie a été découverte par la famille : on l'appelle, paraît-il, "le drogué".

Depuis 2 ans B... avait une liaison avec une jeune fille, connue dans un centre de postcure, et qui avait entrepris une cure analytique. Ils vivaient ensemble depuis 3 semaines avant l'hospitalisation. B... la décrit comme très maternelle, faisant tout pour lui, l'accompagnant même chez son psychanalyste, car lui-aussi venait de commencer une cure sur ses conseils. Il était d'ailleurs assez ambivalent à l'égard de cette situation de dépendance. Quelques jours avant son hospitalisation il la découvre le matin morte près de lui, ayant probablement pris une forte dose de barbituriques.
En allant avertir la police de ce suicide, il avoue sa toxicomanie, c'est dans ces circonstances qu'il est hospitalisé.

Il s'agit de sa troisième hospitalisation : la première, 2 ans plus tôt, en service fermé à la demande d'un de ses frères lorsque la toxicomanie a été découverte, ne lui a apporté aucun bénéfice, pas plus qu'un autre séjour hospitalier, sur sa propre demande cette fois.

La description qu'il donne de son mode de vie dans les mois précédents est celle d'un apragmatisme total : il restait toute la journée sur un lit,écoutant de la musique, lisant les oeuvres de Proust, incapable de mobiliser son attention et de surmonter son asthénie pour d'autres activités. Il ne paraît pas profondément affecté par le suicide de son amie. B... explique cette froideur par l'atmosphère qui règnait dans sa famille où personne ne parlait de ses sentiments "Quand quelqu'un avait des problèmes, il écoutait de la musique et les autres savaient qu'il ne fallait pas insister".

.../...

Le Lidepran lui sert, dit-il, à dissimuler ses problèmes affectifs, à jouer un personnage devant les autres. En réalité, il se sent "hypersensible" sans vouloir rien en laisser paraître.

Au cours d'une hospitalisation de plusieurs mois, pendant laquelle il s'améliore de façon très partielle (traitement : Anafranil 75 mg) un incident notable est à signaler : après une entrevue avec un médecin du service il fait une fugue au cours de laquelle il retourne dans la propriété de ses parents, et y prend une dose massive de Lidepran. A son retour il dira qu'il ne sait pas pourquoi il est allé là, mais que c'est à cet endroit que sa mère vivait. Il explique sa fugue par le découragement qu'il a ressenti en ayant l'impression que le médecin le prenait pour un schizophrène et allait lui donner des neuroleptiques comme lors de sa première hospitalisation.

Commentaires

Les manifestations déficitaires ont, ici, de toute évidence, précédé la toxicomanie. Les combattre était même la motivation consciente essentielle de l'usage des psychostimulants (un moment, d'ailleurs, efficaces). Le problème de la relation de B... à l'image maternelle est, en outre, posé, depuis l'adolescence, où la prise de Corydrane paraît représenter une identification à une mère décrite comme "psychasthénique" et en même temps un moyen de la séduire par une brillante réussite scolaire, jusqu'à la fugue récente, où il est revenu se droguer là où sa mère était morte. Son attitude passive, dépendante est également révélatrice d'une forte identification féminine.

La question de la position de ce malade par rapport à la psychose est posée en permanence. Du point de vue diagnostique, sans qu'on ait jamais relevé de signes francs, son adaptation imparfaite au

.../...

réel, son apragmatisme, ses expériences proches de la dépersonnalisation sous l'action de certains produits, ont fait à plusieurs reprises suspecter une évolution dissociative.

Les tests pratiqués lors de sa première hospitalisation révélaient, outre des troubles sensibles de l'efficience, un tableau atypique et très perturbé où s'associaient des traits évocateurs d'un déséquilibre psychopathique, des préoccupations somatiques, des attitudes "pseudo-obsessionnelles", mais aussi une appréhension inadéquate de la réalité, une nette composante interprétative ainsi qu'une importante coartation de la personnalité, avec troubles du contact, absence de réactivité affective et restriction du champ relationnel. Bien qu'il n'existe pas dans le protocole de signe pathognomonique de dissociation, l'ensemble ne permet pas d'exclure unestructure psychotique sous-jacente.

Sans doute, pour le sujet,la toxicomanie a-t-elle un rôle de défense contre la psychose, aux limites de laquelle il se trouve, en luttant contre l'inhibition, et aussi en lui permettant de se désigner, non comme schizophrène, mais comme "drogué".

---

.../...

Observation n ° 6 :

Monsieur R... , 20 ans

R... est fils unique. C'est surtout son père, architecte, qui s'est occupé de son éducation ; il le décrit comme un homme ennuyeux, qui ne parle que de son travail et qui n'a jamais su se "mettre à son niveau". Quant à sa mère, il déclare n'en penser rien !

Il a commencé à prendre du L.S.D. alors qu'il était en seconde : il explique ce recours à la drogue par la curiosité, mais aussi par sa "difficulté à s'adapter à la vie" ainsi que par une recherche du surnaturel.
"Je n'avais plus le goût de vivre" dit-il encore , "ça m'a apporté l'oubli, je ne pensais plus à la mort". Plus tard, la drogue l'aidera encore à oublier ses difficultés sexuelles (il est impuissant) et "à remettre toujours au lendemain leur solution".

Ses "voyages" se font dans un climat d'euphorie : sous l'effet de la drogue, il a la sensation d'être Dieu. Il a aussi l'impression de percevoir les sentiments d'autrui à son égard : dans la rue il ressent l'amour des gens aussi bien que leur hostilité. Ceci persistait longtemps (près d'un mois) dans l'intervalle des prises de L.S.D., alors peu fréquentes.

A partir de cette période, son adaptation scolaire se dégrade moins du fait de son rendement intellectuel qu'à cause des difficultés de rapports avec les professeurs et les surveillants qui, pense-t-il s'en prennent systématiquement à lui.

Il redouble sa seconde dans un cours privé, orienté vers les études d'architecture. Au cours de cette année, il prend du L.S.D. environ une fois par mois ; il essaie aussi le haschich dont il dit "c'est la gaité". Il trouve aussi que le chanvre améliore ses rapports avec son entourage.

.../...

Il change à nouveau d'école pour entrer en première, mais dès les premiers jours de la rentrée il est renvoyé à cause de son attitude discordante, semble-t-il.

Il passe alors une année d'inactivité à peu près complète, flânant toute la journée. Une tentative de départ pour le Liban (avec des copains ("pour fumer et boire"), s'arrête en Yougoslavie, faute d'argent.

Il fréquente aussi des groupes marginaux et, en particulier, une communauté mystique inspirée de l'hindouisme.

R... reste très apragmatique et son impression vague d'évoluer dans un monde hostile persiste pratiquement en permanence.

C'est à cette époque qu'il est hospitalisé pour la première fois dans le service du Professeur DENIKER pendant deux mois, au cours desquels il reçoit un traitement neuroleptique incisif.

A sa sortie, R... travaille comme métreur pendant trois mois (peut-être grâce à la protection de son père qui lui a procuré cet emploi) Il reprend rapidement sa toxicomanie : 2 à 3 cigarettes de haschich par jour et une dose de L.S.D. une fois par mois environ.

Neuf mois après sa sortie il est rehospitalisé pour trois mois : il exprime alors une intense angoisse provoquée par le regard d'autrui. Un traitement neuroleptique et anti-dépresseur l'améliore un peu. Mais quatre mois plus tard il entre à nouveau dans le service, sa famille s'inquiétant de son apragmatisme persistant, de son isolement de plus en plus marqué ainsi que de ses rires immotivés. Dans l'intervalle sa consommation de haschich était modérée (trois à quatre cigarettes par semaine) et il n'a pas pris de L.S.D.).

L'aspect de R... est un peu efféminé, son contact est typiquement psychotique, l'évocation de sa vie ne paraît pas le concerner vraiment, son expression est maniérée, le discours est entrecoupé de

sourire et de rires "immotivés".

A l'hôpital il mène une vie isolée, ne se mêlant guère aux autres malades, se contentant pour toute activité de jouer un peu de guitare.

Ses projets sont des plus vagues. A sa sortie il espère partir pour l'Ecosse ou la Suède. Il ne paraît pas déprimé ni angoissé cliniquement.

Les tests pratiqués dans le service montrent une efficience normale au vocabulaire (Q.I. = 100) comme au $D_{48}$ (Q.I. = 110) ; par contre au test de Benton la note obtenue est inférieure de trois points à la note présumée.

Le protocole du test de Rorschach sans être franchement perturbé s'apparente à ceux des sujets schizophrènes de par l'activité fantasmatique importante, la précarité de la distinction moi - nonmoi, les signes dissociatifs, l'aspect impulsif et explosif de l'affectivité.

Le profil du M.M.P.I. est d'allure clairement schizophrénique, mettant en évidence, à côté d'un mode de pensée psychotique, une discrète composante asthéno-dépressive.

Commentaires

Les motifs du début de la toxicomanie, l'impression d'hostilité de l'ambiance qui n'est pas nettement rapportée aux prises d'hallucinogènes et devient rapidement permanente, révélant en fait un vécu délirant paranoïde très flou, encore accentué au moment de sa deuxième hospitalisation, l'isolement progressif du malade, son

.../...

contact superficiel et discordant, les résultats des tests, tout confirme ici l'évolution dissociative.

Les manifestations déficitaires : apragmatisme, appauvrissement des affects (du moins cliniquement, car il n'en est pas de même Rorschach ), en apparaissent comme la conséquence.

L'usage de la drogue, d'ailleurs assez modéré (encore qu'il faille remarquer que la consommation de L.S.D. a été à peu près régulière depuis quatre ans en dehors des hospitalisations) paraît ici jouer un rôle modeste : elle ne semble pas plus avoir défendu R... de l'envahissement psychotique que précipité son évolution.

L'importance du rôle de la dépression à la période initiale de la toxicomanie est encore à noter ici. Bien qu'il n'apparaisse pas cliniquement actuellement, les résultats du M.M.P.I. indique la persistance de ce facteur.

---

.../...

Observation n° 7 *

Monsieur M... , 24 ans

M... est un solide gaillard de plus de 1m 80, barbu, les cheveux longs, toujours correctement habillé quoique à la mode hippie.

Il est adressé il y a plus d'un an au Centre Marmottan, sous le régime de la loi du 31 Décembre 1970, pour une monotoxicomanie au haschich.

Une double prise en charge a alors été entreprise : un médecin s'occupant des prescriptions médicamenteuses et de son problème judiciaire, un psychothérapeute acceptant une aide relationnelle devant la demande évidente de ce garçon, malgré sa venue au Centre forcé et apparemment contraint.

M... a commencé à fumer du haschich alors qu'il était coopérant en Tunisie, pays qu'il aime beaucoup, où il a vécu toute une partie de sa vie, ses parents y ayant longtemps séjourné pour des raisons professionnelles.
Le père de M..., cadre à la retraite, est décrit comme un personnage compréhensif, assez peu autoritaire, mais ayant désinvesti sa vie de couple et ayant des aventures extra-conjugales que son fils connaît et dont il a même été le témoin.
La mère de M... est décrite par lui comme une femme anxieuse, ne comprenant pas très bien la jeunesse et conservant le contact "mère-poule" bien que ses enfants soient actuellement majeurs.
M... a une soeur qui vit en France et avec laquelle il entretient d'amicales relations.
Enfin, une grand-mère paternelle,décédée lorsqu'il avait 12 ans,

.../...

* l'observation de ce malade nous a été communiquée par le Docteur BRACONNIER.

semble avoir été un personnage important pour lui. Elle se serait suicidée étant "chroniquement déprimée".

L'enfance de M... a été apparemment banale et ce n'est qu'à la période de l'adolescence qu'un certain déséquilibre s'est manifesté. M..., en effet, est devenu très bagarreur : aimant vivre avec un groupe de copains, se mettant à boire ; particulièrement timide avec les filles, il ne prenait de plaisir qu'à créer des disputes et à très facilement passer à l'acte. Pourtant il poursuit ses études, passe son baccalauréat et est nommé instituteur coopérant.

Il conserve ses attitudes caractérielles, mais rencontre alors une fille dont il tombe amoureux, et avec laquelle il semble avoir eu une relation sado-masochiste. Lorsque cette amie le quitte, il fait un épisode dépressif qui motive une hospitalisation d'un mois en milieu psychiatrique. Il avait alors 21 ans et c'est à partir de cette époque qu'il fume quotidiennement du haschich alors qu' avant il ne fumait que très épisodiquement.

De retour en France, il mène pendant un an une vie marginale, passant le plus clair de son temps à se procurer du cannabis et à le fumer.
Il se produit une véritable escalade dans la consommation de cette unique drogue au point qu'il est "complètement défoncé" pratiquement toute la journée et une bonne partie de la nuit.
Il n'utilisera jamais d'autre drogue, si ce n'est,à une ou deux reprises,du L.S.D.

Au moment du début de sa prise en charge, au Centre Marmottan, il vit tout à fait comme un toxicomane, c'est-à-dire le plus souvent sous l'effet de la drogue, mangeant peu, dormant peu, et utilisant les moments où il est lucide pour s'approvisionner. Il ne parvient à s'endormir que vers 4-5 heures du matin, se réveillant vers 2-3 heures de l'après-midi. Il vit à cette période avec une jeune

.../...

divorcée qu'il entraîne dans sa toxicomanie.

Après 6 mois d'entretiens psychothérapiques, une fois par semaine, un premier bilan peut être fait : ce qui domine chez ce garçon, c'est un contrôle extrêmement serré de son agressivité, qu'il ne manifeste qu'à de très rares occasions, se montrant "trop docile". Ce contrôle se manifeste, en fait, sur la majeure partie de sa vie affective ainsi que dans son contact ; il parle peu, utilise essentiellement la dénégation et l'isolation comme mécanisme de défense. Malgré un contact assez froid il semble cependant s'établir une relation transférentielle qui se manifeste , entre autres, par le désir de devenir psychologue.

Il entreprend alors le D.U.E.L. de psychologie dans une Université parisienne.
Mais d'emblée plusieurs éléments sont à noter : tout d'abord une importante difficulté à reprendre ses études, à s'intéresser à elles, à suivre les cours et ce, malgré une intelligence sûrement au-dessus de la moyenne et un réel désir de "s'y remettre" ; un autre élément apparaît ensuite beaucoup plus nettement : il s'agit de constructions obsessionnelles de sa personnalité et de son monde. En dehors des traits classiques qui sont alors reconnaissables - très grande méticulosité, besoin de règles, de structures, difficultés à se lever, à se lancer dans le travail, doute permanent sur ce qu'il fait, ce qu'il écrit, l'obligeant à recopier plusieurs fois ses cours - il manifeste de réels symptômes obsessionnels à types d'obsessions idéatives. Une idée par exemple revient de façon répétitive au cours et même chez lui : il devrait se lever, prendre la parole pour émettre une opinion, mais il ne le peut absolument pas. Cette idée revient de façon très contraignante, l'angoisse beaucoup.
Peu à peu ces symptômes diminuent, il se sent moins anxieux .
Au cours de la psychothérapie, il associe plus facilement, utilisant d'autres mécanismes de défense et en particulier le déplacement. Un profond sentiment de culpabilité ainsi que des tendances

..../...

homosexuelles apparaissent à travers la relation transférentielle, il recherche alors des gratifications venant du thérapeute.

Par contre, une aggravation de sa vie "semi léthargique" s'opère petit à petit : il a de plus en plus de difficultés à se lever et à prendre de l'intérêt pour ses études, n'arrivant plus à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, qu'au prix d'un effort important.

M... est tout à fait conscient de son déficit grandissant et le rattache spontanément à sa toxicomanie au haschich qu'il a quelque peu diminué , mais qui reste notable : "ça m'embue l'esprit" dit-il.

Commentaires

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.
Il s'agit d'une monotoxicomanie au haschich, ce qui est assez rare en France, nous l'avons dit. L'intensité de cette intoxication abouti à un tableau du type des "pot heads" décrits par SMITH (163).

Deux phases sont à isoler dans les manifestations déficitaires de ce patient. Dans la première, correspondant à la période antérieure à sa prise en charge psychothérapique et au début de celle-ci, la réduction des activités paraît étroitement liée à un état d'ivresse cannabique, entretenu pratiquement en permanence. La deuxième, six mois plus tard, est plus complexe puisque bien que soit apparu le désir conscient d'entreprendre des études (à la différence de ce qui a été décrit dans le syndrome de perte des motivations), la mise en oeuvre de cette décision se heurte à de grandes difficultés.
Il est encore difficile, actuellement, de faire la part entre différents facteurs :

- structure obsessionnelle, préexistant à la prise de drogues, mais dont l'expression s'est récemment exacerbée et qui peut

.../...

rendre compte, avec son incapacité à exprimer ses affects, d'une entrave à l'utilisation de ses capacités intellectuelles, à la prise de décision et à l'action;

- résistance au transfert dont le désir d'entreprendre les études de psychologie paraît une expression ;

- mais aussi rôle d'une consommation massive de cannabis, qui de l'avis des médecins qui ont suivi son évolution, est à prendre en considération.

En l'absence d'exploration psychométrique on ne peut que s'interroger sur l'intervention éventuelle, ici, de troubles des fonctions cognitives.

Dans ce cas, également, le problème de la dépression occupe une place centrale. C'est un épisode dépressif qui a marqué le tournant décisif d'une toxicomanie, jusqué là modérée. La drogue, et sans doute aussi l'obsessionnalisation du comportement semblent avoir une fonction de défense contre la dépression. Bien que celle-ci n'apparaisse plus de façon évidente cliniquement, elle peut encore jouer un rôle dans l'inhibition actuelle.

---

.../...

## DISCUSSION DE L' ETUDE CLINIQUE

Certains points nous paraissent devoir être relevés, au terme de cette étude clinique portant sur quatre polytoxicomanies et trois monotoxicomanies.

Sauf pour deux cas (n° 3 et n° 6) les manifestations déficitaires sont apparues au cours de toxicomanies de longue durée et comportant des doses importantes. Elles semblent particulièrement précoces avec l'héroïne (observation n° 1 et n° 2), mais l'innocuité relative, attribuée par certains aux opiacés d'origine pharmaceutique, ne se vérifie pas dans le cas de Monsieur A... L'une des observations concerne enfin un syndrome déficitaire important chez un sujet consommant exclusivement du cannabis.

La question d'une évolution psychotique est posée dans quatre observations (n° 1, n° 3, n° 5, n° 6). Cette fréquence s'explique peut être en partie par le recrutement particulier de nos malades. Dans le cas de Monsieur R... (n° 6) la drogue paraît avoir eu peu d'influence sur une schizophrénie dont les premiers signes sont à peu près contemporains du début de la toxicomanie. Pour Monsieur B... (n° 5) il est possible que l'abus de psychostimulants ait été d'une certaine efficacité contre un envahissement psychotique (sans empêcher cependant un déficit énergétique croissant). Dans les cas de Mme F... et de Mlle M... (n° 1 et n° 3), les prises répétées d'hallucinogènes responsables d'expériences déstructurantes avec en outre, l'existence de "flash-backs" et l'irruption d'une activité fantasmatique s'intriquant de plus en plus avec le vécu quotidien, ont, à notre sens, une responsabilité dans l'ébranlement de

.../...

l'organisation fragile de leur personnalité. L'évolution psychotique ne paraît d'ailleurs pas irréversible dans le cas de Mme F... qui paraissait en voie de revenir à un mode d'adaptation limite, de type psychopathique.

Mais la difficulté de cette discussion vient de ce qu'elle se fonde sur l'observation de ces patients à un moment particulièrement critique de leur histoire. La reconstitution a posteriori de la "structure prémorbide", même à l'aide des tests psychologiques n'est pas d'une validité certaine ; d'autant que l'importance du syndrome déficitaire, avec l'apragmatisme et l'entrave au fonctionnement mental qu'il comporte, contribue par lui-même à renforcer l'aspect psychotique du tableau clinique. Aussi nous paraît-il impossible de trancher, sur des données anamnéstiques aussi fragiles , la question de savoir si dans de tels cas les manifestations déficitaires résultent d'une évolution psychotique sous-jacente ou si elles sont l'une des expressions de la décompensation d'une personnalité prépsychotique, sous l'influence de la drogue.

Mais la survenue du syndrome déficitaire dans des cas où aucun élément n'évoque la psychose amène à envisager l'intervention d'autres facteurs.

Dans la majorité des cas la dépression semble jouer un rôle significatif à différents moments de l'évolution : soit à son début (pour Mme N... , Monsieur M... et Monsieur R... et peut-être Mlle M...), soit au cours de la toxicomanie (Monsieur A..., Mlle M.. Monsieur B...), soit encore lors d'un sevrage (Mme F..., Mme N..., Mlle M...). Au niveau purement clinique où nous nous sommes placés, l'intervention de la drogue dans des mécanismes de défense maniaque contre la dépression ne nous paraît pas évidente dans tous les cas. Pour Monsieur A... (n° 4) en particulier, la signification destructrice de la drogue semble prépondérante.

.../...

Les relations du syndrome déficitaire avec la dépression apparaissent complexes. Lors du sevrage, le vécu dépressif est souvent consciemment rattaché à l'impression d'incapacité, d'aboulie , rendant sans issue la situation pénible où se trouve ce malade. Il réclame alors le recours à une thérapeutique plus stimulante ou recommence à se droguer.

Du point du vue psychodynamique, on l'a vu, la relation est inverse : l'inhibition résulterait de la dépression qui réapparaît du fait de la perte des défenses maniaques "artificielles", soit en raison de la perte relative de l'activité de la drogue à cet égard, soit lorsodu sevrage.

Dans plusieurs cas, enfin (n° 1, n° 2, n° 3, n° 5, n° 7) l'existence d'une altération des fonctions cognitives peut être cliniquement suspectée : les troubles mnésiques en particulier sont fréquents. Cette atteinte est objectivée dans les tests de Monsieur B... qui présente une détérioration psychométrique très significative tant pour la comparaison du $D_{48}$ au test de Binois-Pichot, qu'au test de rétention visuelle de Benton (*). Pour Mme N... on peut seulement noter la possibilité d'une tendance à la détérioration pathologique (cf. étude psychométrique, dossier n° 23).

o

o o

---

(*) - test de vocabulaire : note brute = 30
$D_{48}$ : note brute = 13 probabilité d'une détérioration pathologique > 99,9%

- VRT de Benton : note présumée 9
note obtenue 6

.../...

# IV - ETUDE PSYCHOMETRIQUE

## RECHERCHE DE SIGNES DE DETERIORATION CHEZ 23 TOXICOMANES

De nombreux auteurs (116,117,171) ont noté l'existence au cours de toxicomanies chroniques, d'altérations des fonctions cognitives : troubles mnésiques, difficultés pour le calcul, analogues à ce que l'on observe dans les atteintes cérébrales organiques ; différentes études psychométriques (3, 23, 103, 132, 143) paraissent confirmer ces faits, contestés par d'autres (29, 83, 98). Plus récemment encore, d'autres travaux indiquent l'existence d'une atrophie cérébrale chez des toxicomanes (36, 180), mais là encore les résultats sont discutés (33, 35).

Nous avons recherché, pour notre part, si une détérioration mentale pouvait être mise évidence chez des toxicomanes hospitalisés (ou suivis en consultation) dans le service du Professeur DENIKER. Cette étude a été réalisée avec la collaboration de Monsieur et Madame SOLAZ, au cours de leur stage de psychologie pathologique dans le service (Maîtrise de Psychologie) et a fait l'objet de deux mémoires que nous avons dirigés (164,165).

* * *

.../...

## Principes

L'évaluation de la détérioration mentale, qui nécessiterait, en toute rigueur, la comparaison de deux examens à plusieurs années d'intervalle, est réalisée en pratique ( 62) par la comparaison entre un test peu influencé par l'âge, comme le test de vocabulaire de Binois et Pichot (19), qui indique le niveau initial, et un test de performance comme le $D_{48}$ (utilisant une série de dominos à compléter) ou le Progressiv Matrix (P.M.38) de RAVEN, dont les résultats sont, au contraire, fortement influencés par le vieillissement et donc par la détérioration physiologique.

Pour ce qui est de la détérioration pathologique, on a vérifié qu'elle respectait également les tests de vocabulaire. En supposant que la détérioration pathologique est similaire,qualitativement, à la détérioration physiologique, on l'évalue en comparant les résultats du sujet à ceux qu'il devrait théoriquement obtenir, étant donné son âge.

La différence observée, exprimée en fonction de la dispersion statistique de la mesure (écart type) permet de calculer la probabilité pour qu'il existe une détérioration pathologique, une différence de deux écarts types correspondant à un risque d'erreur minime : 5 %. En deçà de cette limite on peut encore parler de tendance possible de détérioration pathologique en acceptant un risque d'erreur de 20 à 30 %.

Les principes et l'utilisation du test de rétention visuel (V.R.T.) de Benton sont différents. Il s'adresse aux aptitudes perceptives et visuo-constructives ainsi qu'à la mémoire visuelle ; il explore la mémoriation , c'est-à-dire la capacité de retenir des images nouvelles (par opposition à la mémorisation : conservation des images et souvenirs anciens)(59).

.../...

Il consiste en la reproduction immédiate, après exposition, de dix figures. Un point est attribué par bonne reproduction (dont les critères sont strictement définis). Les résultats sont en corrélation avec le niveau intellectuel ; ils sont également très influencés par l'âge. Ainsi le Q.I. et l'âge du sujet permettent de leur attribuer une note présumée qui sera comparée à celle réellement obtenue au test. Un écart de trois points est l'indice d'une détérioration très prabablement pathologique.

Cette épreuve est très sensible aux atteintes organiques même légères ; cependant, une détérioration au test de Benton peut aussi s'observer sous l'influence de facteurs dépressifs ou anxieux. Une liste d'erreurs caractéristiques, différenciant de façon significative les sujets ayant une lésion cérébrale (145) a en outre été établie. L'existence d'une seule de ces erreurs est considérée comme pathognomonique d'organicité.

## Matériel et Méthode

Nous avons sélectionné dans les dossiers du Laboratoire de Psychologie du service ceux concernant des toxicomanes et comprenant une exploration complète de l'efficience intellectuelle. Il s'agit donc d'une étude rétrospective qui porte sur 23 cas (16 hommes et 7 femmes).

Les résumés de ces dossiers, complétés chaque fois que possible par les données de l'observation médicale, sont exposés ci-après

.../...

N ° 1

AGE : 19 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Aucune information

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Contact bizarre
Dysphorique

TRAITEMENT : Aucune information

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 6 4 5 7 ' 2 3 9 1 6 ; 15 ; 11

RORSCHACH : R = 24 T = 30mn F+% = 85 F% = 54 RC% = 29
A% = 25 H% = 25 Ban% = 25 T/R = 32s
T.R.I. : 5K /1,5C F.S. : Ik /2 E
Type d'appréhension : G $\bar{D}$ Dd Dbl

PERSONNALITE : Immaturité affective
Difficulté d'adaptation psychosexuelle
Troubles caractériels importants : méfiance, hostilité, hypersensitivité, agressivité et impulsivité. Une angoisse latente avec éléments dépressifs, qu'accompagnent des bizarreries de pensée avec recours à des thèms abstraits, des troubles du contact, une certaine désadaptation de la réalité objective et de probables tendances interprétatives. Pas de manifestation nette de la série névrotique. L'ensemble conduit à retenir l'hypothèse d'une évolution psychotique.

.../...

N ° 2

AGE : 21 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Haschich
L.S.D.
Mescaline
Amphétamines

COMPORTEMENT LORS DU TEST : grande lenteur

TRAITEMENT : Mogadon : 1 c/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 4 6 8 ' 9 5 7 - 4 ; 16 ; 7

Troubles du comportement et de la conduite avec une composante sthénique favorisant le passage à l'acte. Grande sensibilité, mais il est difficile de dire si elle s'accompagne d'interprétativité.

RORSCHACH : non passé

PERSONNALITE : voir ci-dessus

---

N ° 3

AGE : 23 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Chanvre indien (pendant 5 ans)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : bonne participation

TRAITEMENT : Halopéridol : 250 gouttes/j
Largactil : 150 mg/j
Terfluzine : 200 mg/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 6 4 7 2 3 1 ' 9 5 - X 6 ; 34 ; 14

Profil si déviant qu'il apparaît peu valide, mais risque de refléter les perturbations extrêmement profondes de l'appréhension de soi, d'autrui et de la réalité.

RORSCHACH : R = 23 T = 9 F+% = 85 F% = 87 A% = 57 H%=1
Ban = 5 RC% = 47 TRI = 2K / 0 C F.S. = IK/OE
Absence de participation émotionnelle profonde et les aspects dissociatifs tels que le sentiment d'étrangeté, les bizarreries de pensée, la logique arbitraire, et l'appréhension autistique de la réalité font penser à un syndrome dissociatif.

.../...

N ° 4

AGE : 26 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Aucune information

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Coopérant

TRAITEMENT : Aucune information

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 2 4 ' 37 9 61 - X 11 ; 18 ; 13

RORSCHACH : R = 10 T = -8 G = 4 D = 10 RC% = 40
F+% = 83 F% = 90 A% = 60 H% = 10
TRI = IK /OC Formule secondaire : OK/OE

PERSONNALITE : Résultats aux épreuves de personnalité assez perturbés malgré des attitudes de défense rigide.
Restriction importante du champ relationnel qui semble surtout défensive.
Aspects d'allure psychopathiques (troubles du caractère et du comportement).
Troubles de l'adaptation sociale - Sthénie favorisant le passage à l'acte.
Des manifestations d'allure névrotique (réactions narcissiques et infantiles, anxiété).

.../...

N ° 5

AGE : 21 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Haschich
L.S.D.

COMPORTEMENT LORS DU TEST : aucune information

TRAITEMENT : Nozinan : 75 mg/j
Opiran : 15 mg/j
Mandrax 1 c/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 7 9 1 0 4 6 2 ' 3 5 X 1 ; 25 ; 5

Profil très perturbé et très déviant, mais non valide.

RORSCHACH : R = 12 T = 6 F% = 67 F+% = 100
A%=67 H%= 17 C = 1 E = 1
T.R.I. : IK/IC F.S. : Ik/0,5E
Absence de perturbation émotionnelle profonde.
Importance des difficultés relationnelles.
Ambivalence. Froideur du contact.
Pas de signes de psychose, seulement un peu d'interprétativité.

PERSONNALITE : L'ensemble peut évoquer une structure psychotique, mais la recherche de signes positifs de dissociation ou d'évolution reste négative.

.../...

N.B. - Pour ce patient un diagnostic clinique d'hébéphrénie avait été porté sur l'importance de l'apragmatisme et de l'inhibition avec athymhormie.

N ° 6

AGE : 22 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Opium (aux Indes, 3 ans auparavant)
Morphine
Héroïne depuis 9 mois

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Coopérant, contact chaud, voix affectueuse après le premier moment de l'entretien.

TRAITEMENT : H.O.E. : 200 mg/j
Melleril : 55 mg/j
Théralène : 75 gouttes/j
Mogadon : 1 comprimé/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 4 9 8 ' 5 6 X 4 ; 19 ; 13
troubles du caractère, intolérance à la frustration, hostilité à l'égard de l'entourage, difficultés de contact et d'insertion, la perte des inhibitions et l'impulsivité peuvent faire craindre des passages à l'acte.

RORSCHACH : R = 9 T = 16 T/mr = 14 s RC% = 11
F+% = 88 F% = 89 H% = 11 A% = 67
T.R.I. : IK/OC F.S. : Ok/OE

PERSONNALITE : Type de pensée ou tout est abstraction, appréhension originale de la réalité. Logique autistique.
Il existe une grande ambivalence affective, une angoisse profonde dont certains indices permettent de penser qu'elle est liée à un vécu dissociatif.
Déséquilibre psychopathique.
Ce sujet est un schizophrène, les troubles caractériels et la toxicomanie n'apparaissent que comme éléments secondaires.

N ° 7

AGE : 19 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
L.S.D.
Mescaline
S.T.P.
Haschich

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Fume nerveusement
Se mord les lèvres inférieures
Discours aisé mais a besoin d'être relancé.
Bonne disponibilité aux tests ; demand à connaître les résultats.

TRAITEMENT : Laroxyl : 50 mg/j
Neuleptil : 120 mg/j
Atrium : 3 comprimés/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 4 3 ' 9 6 8 5 1 2 7 - 10 5 ; 15 ; 16

Aspects psychopathiques et troubles de l'insertion sociale.
Signes d'immaturité, de revendication et des difficultés d'identification psychosexuelles.

RORSCHACH : R = 16 T = 8mn T/mr = 9s Ban = 4
F+% = 85 F% = 63 A% = 44 H% = 19
T.R.I. = 2K /1,5 C F.S. = Ik/0,5E

PERSONNALITE : Distance dans la participation que masque une apparente coopération.
Signes d'immaturité et de labilité affective et aspects caractériels relativement discret ;
Problème d'adaptation psychosexuelle.
Pas de signes psychotiques.

N ° 8

AGE : 28 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Dolosal (8 injections/jour)
Héroïne
Haschich
Amphétamines
Barbituriques
(durée de la toxicomanie : 3 ans)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Coopérant

TRAITEMENT : Nozinan 75 mg/j puis Théralène : 50 gouttes /j
Anafranil : 50 mg/j
Valium : 30 mg/j - Atrium : 3 c/j - Mandrax : 1c/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 2 3 4 5 1 ' 7 8 6 - 9 10 X 7 ; 19 ; 11
Dépression et immaturité semblent chez ce sujet constituer un terrain favorable au passage à l'acte qui serait pour lui le moyen de défense privilégié contre les difficultés que son immaturité ne lui permet pas d'assumer.

RORSCHACH : R = 16 T = 8mn F% = 75 F+% = 83
K = 2 C = 2 E = 0 RC% = 31
A% = 56 H% = 19 Ban = 7

PERSONNALITE : Aspect dépressif de la personnalité, immaturité psychologique.
Difficulté au niveau de l'identification psycho-sexuelle.
Adaptation émotionnelle et affective labile ; et un peu superficielle.

.../...

---

N.B. - Alcoolisme important à la bière

N ° 9

AGE : 26 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Haschich
Anorexigènes
(durée de la toxicomanie : 8 mois)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Totale coopération
Attitude séductrice
Son discours comporte des traits paranoïaques

TRAITEMENT : Halopéridol : 90 gouttes/j
Nozinan : 75 mg/j
Seresta : 50 mg/j
Artane : 10 mg/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 6 8 ' 7 3 4 2 5 10 - 3 1 X 3 ; 25 ; 5

Difficilement interprétable car le sujet semble avoir dramatisé sa situation et présenté une attitude hypercritique, dépréciative.
Néanmoins, ce n'est pas par hasard que l'accent est mis sur la présence d'éléments interprétatifs et agressifs, de troubles de l'adaptation sociale et d'impulsivité.

RORSCHACH : R = 12 T = 5mn F+% = 100 F% = 50
A% = 33 H% = 17 Ban = 4 RC% = 33
K = 3 k = I C = I E = 0
T.R.I. : 3K/I,5C F.S. = Ik/0E
Nombreuses rationnalisations apparaissant comme de défenses contre l'impulsivité et l'agressivité.

PERSONNALITE : Ce tableau évoque une évolution psychotique, sur un mode paranoïaque.

.../...

N.B. - Alcoolisme à la bière très important.

N ° 10

AGE : 23 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : L.S.D.
Marijuana
Amphétamines et anorexigènes
Cocaïne
Mandrax et divers tranquillisants
(durée de la toxicomanie : 3 ans et demi)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Aimable - Anagressif
Coopérant très rapide

TRAITEMENT : Largactil : 100 mg/j
Théralène : 100 gouttes/j
Equanil : 1,6 g/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 1 4 ' 8 3 2 7 9 6 5 - 6 ; 18 ; 11

RORSCHACH : R = 16 T = 8mn F+% = 90 F% = 63
A% = 38 H% = 31 RC% = 31 CF = 1 FE = 1
T.R.I. = 3K/IC F.S. = Ik/0,5E
2 masques

PERSONNALITE : Composante psychopathique. Difficulté de contact humain et insertion sociale. Le monde semble être éprouvé comme un lieu hostile, fermé ; rejetant le sujet dans l'isolement affectif.
Importantes préoccupations somatiques.
Anxiété.

.../...

N ° 11

AGE : 22 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Cannabis
Tranquillisants + alcool
(durée de la toxicomanie : 4 ans environ)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Aspect ouvert, sympathique.
Adapté.
Nervosité accrue tout le temps de l'examen.

TRAITEMENT : Largactil : 25 mg/j
Binoctal : 1 c/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 1 7 8 9 - 2 0 ; 13 ; 13

RORSCHACH : R = 22 T = 6mn F+%= 71 F% = 55
H% = 0 A% = 59 Kob = 1
T.R.I. = OK/2,5C F.S.=Ik/3E

PERSONNALITE : Composante dépressive anxieuse.
Composante sthénique peut entraîner un passage à l'acte.
Difficultés de contact et d'adaptation.
Immaturité affective et sexuelle, hyperémotivité.
Tendance phobique, sans que l'on puisse appréhende une organisation particulière des troubles ou une structure caractérisée.

.../...

N ° 12

AGE : 20 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Morphine 3 à 6 injections par jour
Héroïne 3 à 6 injections par jour (récent)
L.S.D. (arrêt depuis l'héroïne)
Mescaline - Peyote - Graines de Volubilis (essais)
Cannabis
Cocaïne
Amphétamines
Barbituriques
(durée de la toxicomanie : 2 ans et demi)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Coopérant
Boit beaucoup d'eau

TRAITEMENT : Nozinan ; 75 mg/j
Equanil : 1,6 g/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 5' 4 9 2 8 - 8 ; 12 ; 14

RORSCHACH : R = 8 T = 12mn F+% = 100 F% = 63
H% = 13 A% = 88 RC% = 25 Ban = 4
T.R.I. = IK/0,5C F.S. = Ik/OE

PERSONNALITE : Traits caractériels de type obsessionnel (adhésivité au stimulus, goût du détail, immaturité affective, existence probable de problème d'adaptation psycho-sexuelle).
Signes discrets d'impulsivité.

.../...

N ° 13

AGE : 18 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Héroïne

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Absence de coopération

TRAITEMENT : Defecton : 150 mg
Nozinan : 25 mg

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 3 ' 128 7 5 4 - 7 ; 11 ; 26

RORSCHACH : R = 8 T = 6mn F+% = 86 F% = 88 A%=88 H%=1
Ban = 4 t;m;r = 22s 43 T.R.I. : IK / C

PERSONNALITE : Epreuves de personnalité traduisent des attitudes défensives.
Immaturité affective.
L'anxiété n'est pas manifeste, mais quelques préoccupations somatiques.
Difficultés relationnelles, pas de signe psychotique, pas de structure définie ; toutefois, personnalité pathologique s'exprimant sur un mode hystéroïde.

---

.../...

N ° 14

AGE : 28 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
Morphine
Opium
Amphétamine

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Présentation "psychopathe"

TRAITEMENT : H.O.E. : 350 mg/j
carbonate de Lithium : 1,25 g/j
Chloral : 2 g/j
Binoctal : 1 c/j
Mandrax : 1 c/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 4 8 2 ' 79 3

RORSCHACH : R = 15 T = 11mn tmr = 19s F+% = 82
F%= 73 A%= 40 Ban = 5 H% = 20
RC% = 20 T.R.I. = 3K/0,5C F.S. = OK/OE
Type d'appréhension : D G

PERSONNALITE : Signes de déséquilibre : instabilité, impulsivité, troubles du caractère et du comportement, labilité émotionnelle et thymique (fond égocentrique et narcissique)
Eléments dépressifs et anxieux, fragilité du contrôle pulsionnel.
Préoccupations abstraites, symboliques ; participation d'une composante interprétative dont l'ensemble, quoique probablement majoré par une attitude théâtrale, conduit à soupçonner une structure psychotique.

.../...

N ° 15

AGE : 23 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : L.S.D.

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Aucune information

TRAITEMENT : Halopéridol (arrêté avant l'examen)
H.O.E. : 300 mg/j
Melleril : 15 mg/j (?)
Terfluzine : 30 mg/j
Mandrax : 1 c/J

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : Ne l'a pas passé : la phrase, j'ai bon appétit a fait surgir ses idées délirante de pourissement interne du tube digestif et l'a empêché de continuer.

RORSCHACH : R = 18 T = 27mn 30s tmr = 26s 4
F+% = 66 F%= 33 A%= 39 Ban = 3 H% = 17
G = 11 D = 6 Dd = 1 F+ = 4 F- = 2
F± = 0 T.R.I. = 3K/6C F.S. = Ik/0,5E
RC% = 39

PERSONNALITE : Processus dissociatifs , angoisse.
Troubles du caractère.
Problèmes psychosexuels.
Troubles de la pensée avec barrages ; pur schizophrène.

---

.../...

N ° 16

AGE : 36 ans SEXE : Masculin

DROGUES UTILISEES : Palfium
Barbituriques

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Aucune information

TRAITEMENT : Anxiolytiques mineurs

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : I 4 - 1 7 8 8 ; 11 ; 11

RORSCHACH : R = 5 T = 20mn T.R.I. = IK/OC Refus = 4
F+ = 3 FE = 2 Ban = 4

PERSONNALITE : Déséquilibre psychopathique.

---

.../...

N ° 17

AGE : 26 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
L.S.D.
Haschich
Ether (il y a 6 ans)

TRAITEMENT : Laroxyl : 150 mg/j
Dogmatil : 150 mg/j
Dipiperon : 40 mg/j
Théralène : 20 gouttes/j
Valium : 10 mg/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : I ' 2 3 4 7 8 9 - 10 ≠ 5 ; 16 ; 11

RORSCHACH : R = 14 T = 15 F+% = 67 F% = 60 A% = 50
H%= 7 T.R.I. = 5K/IC F.S. = 0k/0,5E RC%= 36
1 choc couleur, 1 choc rouge Pas de ∝

PERSONNALITE : Pas de structure pathologique.
Importantes difficultés de contact, mise à distance de la réalité qui s'assortit d'une production fantasmatique intense.
Préoccupations somatiques importantes : él. névrotiques patents ?
Pas de déséquilibre psychopathique.
Structure psychotique sous-jacente ?

---

N.B. - Intoxication alcoolique de 16 à 17 ans.

.../...

N ° 18

AGE : 21 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : L.S.D.

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Bon contact, ne paraît pas réticente, très inquiète.

TRAITEMENT : Gardenal 0,20 g/j
Librium 30 mg/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 7 6 2 4 ' 1 3 9 8 ; 13 ; 9

RORSCHACH : R = 13 T = 13mn F+% = 100 F% = 69 A% = 38
Ban = 4 T.R.I. = 3K/0C F.S. = 0k/0,5E
Réponse masque

PERSONNALITE : Important syndrome dépressif et anxieux, avec manifestations phobiques.
Signes de déséquilibre et des difficultés d'adaptation sociale.
Retrait des affects avec sentiments d'étrangeté de la réalité et d'autrui ; activité fantasmatique et composante interprétative marquée.
Début d'évolution psychotique.

.../...

N ° 19

AGE : 25 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Tous les types de drogue et en particulier l'héroïne.
(Durée de la toxicomanie : 4 ans)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Aucune information

TRAITEMENT :

| | |
|---|---|
| Anafranil | : 75 mg/j |
| Dogmatil | : 150 mg/j |
| Théralène | : 15 gouttes/j |
| Nembutal | : 1 c/j |
| Primpéran | : 1 c/j |
| Disipal | : 3 c/j |

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 8 6 4 2 7 9 1 ' - 5 7 ; 14 ; 10

Certains aspects psychotiques du profil sont selon toute vraisemblance à rattacher aux expériences toxicomaniaques et non à la structure de la personnalité qui est celle d'un déséquilibre psychopathique.

RORSCHACH : R = 11 T = 12mn Tmr = 28s RC% = 36
F+%=100 F%= 18 A% = 36 Ban = 4
T.R.I. = 4K/3C F.S. =0K/0,5E 1 masque
1 choc clob

PERSONNALITE : Troubles du caractère avec intolérance à la frustration, incapacité à différer la satisfaction.
Sentiment d'injustice ; agressivité à l'égard de l'entourage.
Hypersensitivité.
Difficultés de contact, d'insertion : repli, restriction du champ relationnel et des investissement

N ° 20

AGE : 19 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
L.S.D.
Haschich
Amphétamines
Eau en injections I.V. (1)
(Durée de la toxicomanie : 3 ans et demi environ)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Bonne mobilisation de l'attention

TRAITEMENT : Aucune information

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 9 8 4 ' 3 1 7 2 6 - 5 10 7 ; 22 ; 9

Profil assez perturbé. Instabilité thymique. Troubles du caractère et du comportement. Mépris à l'égard des usages sociaux.
Existence d'une composante expansive et hypersthénique favorisant le passage à l'acte.

RORSCHACH : R = 46 T = 42mn F+% = 54 F% = 56
A% = 22 H%= 8 Ban = 5 Orig = 2
T.R.I. = 3K/4C F.S. = Ik/7E Persécution à 10
Aspects caractériels et instables (impulsivité manifeste, hostilité, labilité émotionnelle, insuffisance des mécanismes de contrôle).
Recours à un mode de pensée symbolique et abstrai
Composante anxieuse considérable qui paraît en rapport avec une appréhension peu adéquate de la réalité, infiltrée par des fantasmes d'agression et de destruction.

PERSONNALITE : Hypothèse d'une évolution dissociative.
Esprit de contestation systématiquement négatif.

.../...

N.B. - Alcoolisme associé

N ° 21

AGE : 48 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Morphine (depuis 5 ans)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Accepte volontiers
Peur du jugement
2 heures pour passer le M.M.P.I.

TRAITEMENT : Laroxyl : 180 mg/j
Halopéridol: 50 gouttes/j
Ortenal : 1 comprimé/j
Gardénal : 0,10 g/j
Tegrétol : 1 comprimé/j
Artane : 1 comprimé/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 2 3 1 4 ' 7 8 5 6 - 9 7 ; 5 ; 12

Le profil met l'accent sur des éléments dépressifs dont il est difficile de savoir s'ils sont purement réactionnels à l'état de sevrage. Mais leur association à d'importantes préoccupations et manifestations somatiques, ainsi que l'immaturité affective, évoquent une personnalité hystérique.

RORSCHACH : non passé

.../...

N ° 22

AGE : 22 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
Opium
L.S.D.

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Fatigabilité importante.

TRAITEMENT : Laroxyl : 120 mg/j
Halopéridol: 40 gouttes/j
Valium : 40 mg/j
Binoctal : 1 comprimé/j
Artane : 1 comprimé/j

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 9 6 8 ' 7 1 3 2 - X 4 ; 26 ; 5

RORSCHACH : R = 42 T = 15mn F+% = 74 F% = 64
A% = 36 H%= 12 RC% = 43 Ban = 5
T.R.I. = 3K/8C F.S. = 0k/1,5E

PERSONNALITE : Richesse du fantasme et de l'émotion qui sont portés et mis en valeur grâce au talent hystérique du sujet et à ses expériences toxicomaniaques. Celui-ci met en avant des thèmes abstraits, des pensées étranges ; si bien qu'il est difficile d'apprécier la structure sous-jacente.
Outre ses aspects psychotiques mis en valeur de façon telle qu'ils dominent le tableau psychométrique, sans que l'on puisse parler nettement de structure psychotique, émergent essentiellement des éléments caractériels psychopathiques et hystériques.

.../...

N ° 23

AGE : 26 ans SEXE : Féminin

DROGUES UTILISEES : Héroïne
Elixir parégorique
Sirops à base de codéine
L.S.D.
Cannabis
Injections I.V. de divers produits(surtout des opiacés)
(durée de la toxicomanie : 5 à 6 ans)

COMPORTEMENT LORS DU TEST : Au D48, se plaint de sa lenteur actuelle.

TRAITEMENT : Tofranil : 75 mg/j
Théralène : 25 à 30 gouttes/j
Mandrax : 1 comprimé/j.

RESULTATS PSYCHOMETRIQUES :

M.M.P.I. : 4 ' 3 8 1 2 9 7 9 ; 15 ; 23

RORSCHACH : Connaît ce test.

PERSONNALITE : Profil peu déviant (études de psychologie)
Aspects de déséquilibre
Troubles de l'adaptation affective et sociale.
Traits hystéroïdes.

TABLEAU I

RESULTATS AUX TESTS DE BINOIT-PICHOT, D 48 ou PM 38 ET TEST DE RETENTION VISUELLE DE BENTON

| Numéro | Age | Niveau culturel | Test de Binoit-Pichot | D 48 ou PM 38 * | Probabilité d'une détérioration pathologique | V R T de Benton | | Différence |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Note présumée | Note obtenue | |
| 1 | 19 ans | 3 | 31 | 21 | 74 % | 10 | 7 | 3 + |
| 2 | 21 ans | 3 | 21 | 18 | 61 % | 8 | 6 | 2 ? |
| 3 | 23 ans | 3 | 25 | 23 | - | 8 | 5 | 3 + |
| 4 | 26 ans | 3 | 21 | 22 | - | 8 | 5 | 3 + |
| 5 | 21 ans | 3 | 23 | 28 | - | 8 | 7 | 1 |
| 6 | 22 ans | 4 | 27 | 26 | - | 9 | 7 | 2 ? |
| 7 | 19 ans | 4 | 26 | 16 | 93 % | 9 | 8 | 1 |
| 8 | 28 ans | 4 | 27 | 23 + 1 | 60 % | 9 | 5 | 4 ++ |
| 9 | 26 ans | 4 | 30 | 22 + 1 | 71 % | 9 | 6 | 3 + |
| 10 | 23 ans | 4 | 28 | 17 | 62 % | 9 | 8 | 1 |
| 11 | 22 ans | 4 | 29 | 31 | - | 9 | 9 | - |
| 12 | 20 ans | 4 | 29 | 28 | - | 9 | 7 | 2 ? |
| 13 | 18 ans | 4 | 20 | 43 * | - | 8 | 7 | 1 |
| 14 | 28 ans | 4 | 19 | 50 * | - | 9 | 5 | 4 ++ |
| 15 | 23 ans | 7 | 34 | 17 | 99,9 % | 10 | 4 | 6 ++ |
| 16 | 36 ans | 7 | 32 | 18 + 3 | 98,2 % | 10 | 5 | 5 ++ |
| 17 | 26 ans | 3 | 25 | 21 + 1 | - | 8 | 5 | 3 o+ |
| 18 | 21 ans | 3 | 24 | 28 | - | 9 | 4 | 5 ++ |
| 19 | 25 ans | 4 | 25 | 23 | 63 % | 8 | 8 | - |
| 20 | 19 ans | 4 | 25 | 21 | 74 % | 8 | 5 | 3 + |
| 21 | 48 ans | 4 | 27 | 21 + 6 | - | 8 - 1 | 7 | - |
| 22 | 22 ans | 4 | 25 | 24 | 57 % | 9 | 4 | 5 ++ |
| 23 | 26 ans | 6 | 29 | 23 + 1 | 82 % | 9 | 8 | 1 |

tes obtenues au PM 38 (le calcul de la détérioration est différent)
térioration douteuse : différence inférieure ou égale à deux points entre note présumée et note obtenue
ggère une détérioration : différence de 3 points
rte indication d'une détérioration : différence de 4 points et plus
istence d'un signe d'organicité

EAU II

DETERIORATION, DROGUES UTILISEES ET TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE

| DROGUES UTILISEES | | | | | | TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE* | DETERIORATION | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Opiacés | Hallucinogènes | Cannabis | Barbituriques | Amphétamines | Autres | | BP/D48 ou PM 38 | Benton |
| ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | Tendance ? 74 % ** | + (3)*** |
| | + | + | | + | | - | - | ? (2) |
| | | ++ | | | | +++ | - | + (3) |
| ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | - | + (3) |
| | + | + | | | | ++ | - | - |
| ++ | | | | | | +++ | - | ? (2) |
| + | + | + | | | | ++ | Tendance ? 93 % | - |
| ++ | | + | + | + | | + | - | ++ (4) |
| | | + | | + | | ++ | Tendance ? 71 % | + (3) |
| | + | + | | + | + | ++ | - | - |
| | | + | | | + | + | - | - |
| ++ | + | + | + | + | + | + | - | ? (2) |
| + | | | | | | ++ | - | - |
| ++ | | | | + | | ++ | - | ++ (4) |
| | + | | | | | ++ | + 99,9 % | ++ (6) |
| + | | | + | | | - | + 98,2 % | ++ (5) |
| + | + | + | | | + | + | - | + (3) |
| | + | | | | | - | - | ++ (5) |
| + | + | + | + | + | | + | - | - |
| + | + | + | | + | + | ? | Tendance ? 74 % | + (3) |
| ++ | | | | | | + | - | - |
| ++ | + | | | | | + | - | ++ (5) |
| ++ | + | + | | | + | + | Tendance ? 82 % | - |

'importance du traitement neuroleptique (nombre de produits et doses prescrites) a été grossièrement valuée de + à +++

e pourcentage indique la probabilité statistique pour que la différence observée exprime une détérioration athologique. On ne retient comme significatif que des probabilités supérieures à 95 %. Nous avons, ependant, indiqué comme "tendance possible" les probabilités supérieures ou égales à 70 %, ce qui signifie u'en affirmant l'existence d'une détérioration pathologique on aurait au plus 30 % de risques d'erreur.

a signification des symboles est la même que dans le tableau I, les chiffres entre parenthèses indiquent a différence entre les notes présumées et les notes obtenues.

TABLEAU III



DETERIORATION ET TRAITS DE PERSONNALITE

| Numéro | SIGNES PATHOLOGIQUES AUX TESTS | | | | DETERIORATION | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Psychotiques | Névrotiques | Psychopathiques | Dépressifs | BP/D48 ou PM 38 | Benton |
| 1 | + | | | + | ? 74 % | + |
| 2 | (+) | | | | - | ? |
| 3 | + | | | | - | + |
| 4 | | + | + | + | - | + |
| 5 | + | | | | - | - |
| 6 | + | | + | | | ? |
| 7 | | | + | | ? 93 % | - |
| 8 | | + | | + | - | ++ |
| 9 | + | | | | ? 71 % | + |
| 10 | | | + | | - | - |
| 11 | | (+) | | | - | - |
| 12 | | + | | | - | ? |
| 13 | | + | | | - | - |
| 14 | + | | + | + | - | ++ |
| 15 | + | | | | + 99,9 % | ++ |
| 16 | | | + | | +(98,2%) | ++ |
| 17 | | | | | - | + o |
| 18 | + | | | + | - | ++ |
| 19 | + | | + | | - | - |
| 20 | + | | + | | ? 74 % | + |
| 21 | | + | | + | - | - |
| 22 | (+) | + | + | | - | ++ |
| 23 | | + | + | | ? 82 % | |

es signes pathologiques notés aux tests de personnalité (pris au sens large y compris les "tendances") ont notés d'une croix. La parenthèse indique les cas douteux. Pour la détérioration cf les légendes es tableaux I et II.

.../...

## Résultats

Les résultats de chaque cas sont regroupés dans le tableau I.

Avec le test de Binois-Pichot et le D48 ou le PM38, 2 cas présentent une détérioration pathologique nette :

- n° 15
  Il s'agit, en réalité, d'un schizophrène ; l'intoxication par le L.S.D., récente (environ un an avant l'hospitalisation) paraît n'avoir ici qu'un rôle secondaire.

- n° 16
  Il s'agit d'une toxicomanie aux opiacés et surtout aux barbituriques, chez un homme ne présentant pas de signes psychotiques, mais, par contre, des troubles de l'efficience cliniquement décelables (en particulier sur le plan mnésique),avec d'importantes difficultés professionnelles (il exerce des fonctions aux responsabilités importantes) ; un éthylisme probablement associé peut avoir joué un rôle dans la détérioration.

Dans ces deux cas, les résultats du Benton vont dans le même sens.

La probabilité est limite (93%) dans le cas n° 7 , qui concerne un sujet très jeune (19 ans) dont la structure de personnalité est de type psychopathique. Le Benton est ici normal.

Quatre autres cas peuvent être considérés comme ayant une tendance possible à la détérioration (avec les restrictions signalées plus haut).

- n° 1
  Pour lequel de nombreux renseignements (drogues utilisées, et traitement) n'ont pu être retrouvés ; il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, probablement schizophrène.

.../...

- n° 9
  Chez ce toxicomane de 26 ans (haschich et anorexigènes) le diagnostic probable de psychose est porté. Il présente en outre un éthylisme important.

- n° 20
  Il s'agit d'une polytoxicomanie importante chez une jeune fille de 19 ans suspecte d'évolution dissociative, avec alcoolisme associé.

- n° 23
  C'est la patiente de l'observation clinique n°2 . Contrairement aux 3 autres cas, le Benton est ici normal.

Les résultats du V.R.T. de Benton sont plus souvent perturbés : douze sujets ont une différence de trois points et plus entre note présumée et note obtenue, indiquant fortement une détérioration. Trois autres ont un résultat limite (deux points de différence).

Dans le protocole d'une toxicomane existe en outre une "erreur organique". Cette femme de 26 ans, qui était hospitalisée pour une polytoxicomanie, avait des antécédents d'éthéromanie ainsi que d'éthylisme (de durée limitée). Les épreuves de personnalité ne relevaient pas de structure pathologique définie.

Nous avons étudié ces résultats globaux, en fonction de divers facteurs :

.../...

1°) Influence des drogues dont l'utilisation est signalée : les données du tableau II sont regroupées ci-dessous :

| DROGUES | Nombre de cas | RESULTATS DE LA RECHERCHE D'UNE DETERIORATION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | au B-P/D48 ou PM 38 | | | au Benton | | |
| | | Positif | Douteux | Négatif | Positif | Douteux | Négatif |
| - Opiacés..... | 13 | 1 | 3 | 9 | 6 | 2 | 5 |
| - Hallucinogènes.. | 12 | 1 | 3 | 8 | 5 | 2 | 5 |
| - Cannabis..... | 13 | 0 | 4 | 9 | 5 | 2 | 6 |
| - Barbituriques.. | 4 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| - Amphétamines... | 8 | 0 | 2 | 6 | 4 | 2 | 2 |

On ne constate pas de relation entre un type particulier de substance et l'existence plus fréquente d'une détérioration pathologique quel que soit le test employé.

2°) L'existence d'un traitement neuroleptique est souvent considéré par les psychologues comme pouvant expliquer la constatation d'une détérioration.

Afin de tenir compte de cet élément nous avons essayé d'estimer l'importance d'un tel traitement chez les toxicomanes étudiés :

- l'estimant à + si un neuroleptique était employé à des doses sédatives ou hypnotiques,
- ++ lorsqu'au moins un neuroleptique était employé aux doses habituelles dans le traitement des psychoses chroniques,
- +++ lorsque les doses étaient notablement plus élevées (tableau II).

Cette évaluation, qui repose sur notre seule expérience clinique, faite avant que soient connus les résultats du

.../...

calcul de la détérioration, est bien entendu grossière et comporte une part d'arbitraire. Les résultats en sont résumés ci-dessous :

| TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE | Nombre de cas* | RESULTATS DE LA RECHERCHE D'UNE DETERIORATION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | au B-P/D48 ou PM 38 | | | au Benton | | |
| | | Positif | Douteux | Négatif | Positif | Douteux | Négatif |
| - | 3 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| + | 8 | 0 | 1 | 7 | 3 | 1 | 4 |
| ++ | 7 | 1 | 2 | 4 | 3 | 0 | 4 |
| +++ | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 |

* Les renseignements font défaut pour 3 cas

Ils ne montrent pas de corrélation évidente entre les plus fortes doses de neuroleptiques et un plus grand nombre de sujets détériorés.

3°) Enfin, nous avons étudié la proportion de sujets détériorés en fonction des différents traits psychopathologiques révélés par les tests de personnalité (tableau III).

Si les résultats sont homogènes pour les indices calculés avec le test de Binois-Pichot et le $D_{48}$ , on peut remarquer pour le Benton que l'existence d'une détérioration pathologique est retrouvée :

3 fois sur 8 cas(37,5%) où existent des signes névrotiques, et

5 fois sur 10 cas (50 %) où existent des signes de la série psychopathique,

.../...

alors que dans les 12 cas où existent des signes psychotiques, une détérioration est retrouvée 8 fois (66,5 %), et que sur 6 cas où l'existence de signes dépressifs est notée, 5 fois l'examen est révélateurs d'une détérioration (83 %).

o

o o

## Discussion

Plusieurs points limitent la portée de nos résultats. D'abord, le fait qu'ils résultent d'une étude rétrospective portant sur une population de cas sélectionnés : des toxicomanes, pour la plupart hospitalisés, pour lesquels des tests ont été demandés (ce qui, n'étant pas systématique, pourrait entre autres indiquer la suspicion d'un déficit) et qui ont accepté de les passer. Il est à noter à ce propos que la coopération paraît avoir été bonne et qu'on ne peut lui attribuer les résultats constatés. Ces faits rendraient illusoire aussi la comparaison à un groupe témoin qu'il aurait été difficile,en outre,de choisir.

Il ne saurait donc être question de tirer des conclusions statistiques de ce travail, d'autant que le nombre de cas est relativement faible.

Les renseignements en notre possession manquent, par ailleurs, de précision quant à la durée d'utilisation et des doses de diverses drogues. Dans quelques cas les noms des produits manquent.

.../...

La multiplicité et l'intrication des facteurs rendent également difficile l'interprétation des résultats. On pourrait en particulier critiquer de ce point de vue notre évaluation de l'importance du traitement neuroleptique indépendamment de la structure psychopathologique : il est d'observation clinique courante que des doses de ces médicaments, hautement sédatives chez un sujet névrotique sont apparemment supportées sans altérer la conscience chez des malades psychotiques.

De même,il peut exister des interférences entre personnalité et type de toxicomanie qui n'apparaissent pas ici. Chercher à isoler l'influence d'un facteur ne peut donc aboutir à des conclusions formelles.

Enfin, le type de tests employés ici pour l'évaluation de la détérioration peut aussi se discuter. Ceux-ci ont,en effet,été validés ( 31 ) sur des groupes de malades dont "l'organicité" relevait de mécanismes (lésions tumorales, artériopathie diffuse, affections dégénératives) dont il n'est pas absolument prouvé qu'elles entraînent des altérations fonctionnelles comparables à celles que peuvent donner les toxicomanies(*). Il est interessant de noter à ce propos les différences entre les résultats des deux méthodes utilisées pour l'évaluation de la détérioration.

Conscient des faiblesses de notre étude, nous pensons qu'elle donne néanmoins quelques indications utiles.

.../...

---

(*) On pourrait aussi adresser la même critique aux épreuves de personnalité : on peut se demander, en effet, si les signes qui y sont relevés ont la même signification chez un individu prenant des drogues, influant si puissamment sur le vécu, l'appréhension de la réalité, et dont la durée de persistance dans l'organisme reste mal connue.

Les résultats $D_{48}$ par rapport au test de Binois-Pichot sont globalement peu perturbés. La plupart des cas où une détérioration est nette ou seulement possible correspondent soit à des sujets considérés comme plus ou moins franchement psychotiques, ou chez lesquels une forte consommation d'alcool est associée. Celle-ci existait en particulier dans le cas de N... (observation n°2 , dossier n° 23). Elle est moins certaine dans le cas n° 16, en rapport avec une importante toxicomanie,aux barbituriques surtout. Nous avons évoqué dans l'étude bibliographique, les altérations possibles d'une telle intoxication.

En dehors de ces cas peu nombreux, il semble bien que les fonctions inductives et déductives soient dans l'ensemble peu perturbées chez ces toxicomanes.

Par contre, la fonction de mémoriation mesurée par le test de Benton paraît beaucoup plus souvent altérée (plus d'un sujet sur deux) ; ceci va dans le sens des études cliniques et psychométriques signalant une atteinte des fonctions mnésiques dans les abus de drogues.

Un seul sujet présentait un signe d'organicité et il est à souligner qu'il avait été athéromane. Ceci paraît bien confirmer le mauvais pronostic,dans certains cas,de cette toxicomanie.

Il n'a pas été observé d'influence du type de substance consommée ni de l'importance du traitement neuroleptique, mais nous avons exposé les limites de ces constatations.

Bien que les mêmes remarques s'appliquent à l'influence des facteurs de personnalité il faut, cependant, noter une certaine corrélation de la détérioration du test de Benton avec des signes psychotiques et surtout dépressifs. L'influence des facteurs dépressifs sur le test de Benton a déjà été signalée. Il est possible que ces troubles thymiques puissent être l'expression d'un syndrome déficitaire.

o

.../...

o

# V - ESSAI DE SYNTHESE DES DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES, CLINIQUES ET PSYCHOMETRIQUES

Le syndrome déficitaire nous paraît se situer entre trois pôles :

- la psychose
- la dépression
- l'atteinte des fonctions cognitives.

## 1°) LA PSYCHOSE

Cliniquement, nous l'avons dit, l'appauvrissement des affects, l'importance de l'apragmatisme, l'isolement progressif par rapport à la réalité sociale, sont proches de ce qu'on observe dans les processus dissociatifs ; il n'est pas rare, de plus, que le syndrome déficitaire fasse suite à un épisode délirant aigu ou subaigu.

La situation de l'intoxication, par rapport à une évolution psychotique est variable :

- tantôt de façon manifeste celle-ci était inscrite dans la structure de la personnalité prémorbide (telle qu'on peut la reconstituer). On peut discuter alors si la drogue a joué un

.../...

rôle précipitant ou si, au contraire, elle peut avoir la valeur d'une thérapeutique, en aidant le sujet temporairement, à lever en partie son inhibition, ou en formant une sorte d'écran masquant l'origine profonde de son angoisse et de ses difficultés de relations : la responsabilité en est alors déplacée sur un objet extérieur.

- tantôt, et ceci nous paraît surtout le fait des hallucinogènes, des expériences déstructurantes répétées, effondrent les défenses d'une organisation fragile de la personnalité ; un état psychotique en résulte mais sa réversibilité paraît plus probable que dans le premier cas.

Ces pharmacopsychoses renvoient aussi à la question, encore sans réponse définitive, de la possible intervention, dans les processus psychotiques, de mécanismes biochimiques avec lesquels les drogues interféreraient.

Il est aussi à noter que, comme dans la schizophrénie, les manifestations déficitaires s'intégrant dans un tableau de psychose sont, dans notre expérience plus durables et moins sensibles à l'action de la thérapeutique que l'activité délirante et hallucinatoire.

## 2°) LA DEPRESSION

Même en l'absence d'un vécu dépressif cliniquement perceptible, l'intervention de troubles thymiques peut jouer un rôle important, responsables de l'inhibition, du désintérêt pour les activités sociales d'abord et même, dans certains cas, vitales.

Du point de vue psychanalytique, la toxicomanie est considérée comme un moyen de lutte anti-dépressive. L'apparition du syndrome

.../...

déficitaire serait alors le signe de la perte de son efficacité à cet égard. On peut interpréter ainsi la fréquence avec laquelle le déficit persiste ou même se démasque lors du sevrage.

Mais l'ambiguïté de la drogue ne doit pas être oubliée et sa signification symbolique de "mauvais objet", d'agent de destruction nous paraît prédominer dans certains cas : la toxicomanie devient alors une modalité d'auto-agression et non plus un moyen de défense contre la dépression.

A nouveau se pose, comme pour la psychose, la question de savoir si le syndrome déficitaire apparaît à cause de la drogue ou malgré elle.

Du point de vue psychopharmacologique, l'influence des différentes drogues sur les monoamines cérébrales suggère la possibilité d'une perturbation de la régulation thymique au niveau de l'hypothalamus ; mais les recherches sur ce sujet ne permettent encore que d'en formuler l'hypothèse.

### 3°) L'ALTERATION DES FONCTIONS COGNITIVES

Une atteinte des fonctions intellectuelles peut rendre compte des difficultés de concentration, de l'impossibilité de prendre des décisions, de l'entrave à la poursuite ou à la reprise des activités professionnelles.

Les atteintes objectivées par la clinique et les examens psychométriques portent essentiellement sur la mobilisation de l'attention, et la mémoire (surtout la mémoriation : engrammation de souvenirs nouveaux).

Les capacités inductives et déductives paraissent dans l'ensemble moins touchées.

.../...

Différents facteurs peuvent expliquer ces modifications :

- une évolution psychotique sous-jacente,
- l'influence de la dépression,dont on a vu le rôle qu'elles jouaient dans le syndrome déficitaire.

Nos propres constatations semblent bien aller dans le sens d'une corrélation de ces deux facteurs avec l'atteinte des fonctions cognitives.

Mais une action propre des drogues doit être envisagée :

- soit fonctionnelle (et dans ce cas réversible). Il faut encore évoquer l'interaction avec les monoamines, qui en dehors de la régulation thymique, interviennent aussi dans le contrôle de la vigilance.
  D'autres mécanismes sont possibles ; ainsi certains travaux que nous avons cités ont montré l'influence du cannabis sur le métabolisme cellulaire du tissu cérébral.
- soit véritablement lésionnelle, comme le suggère l'observation d'atrophies cérébrales chez des toxicomanes. La possibilité d' atteintes vasculaires a également été évoquée.

La responsabilité directe des drogues n'est pas, pour le moment, absolument démontrée, et dans certains cas l'alcoolisme associé doit tout particulièrement être pris en considération.

Néanmoins, ces constatations,faites chez des sujets jeunes,doivent attirer l'attention et susciter d'autres études pour permettre une conclusion définitive.

\= \= \=

.../...

Au total, il ne s'agit pas, selon nous, de faire un choix théorique entre ces trois aspects. Il nous semble plutôt qu'ils représentent trois facteurs pouvant s'associer. Dans chaque cas doit être évaluée la part qui revient à chacun d'eux, pour aboutir à une meilleure compréhension du syndrome déficitaire.

L'importance d'une thérapeutique efficace, fonction de cette appréciation,est d'autant plus grande que la persistance des manifestations déficitaires, les difficultés de réinsertion sociale qui en résultent et le vécu dépressif qui s'y associe nous paraît, à côté des motivations profondes de la toxicomanie, jouer un rôle dans les récidives après sevrage.

o

o o

.../...

# C O N C L U S I O N S

Avec l'accroissement récent des toxicomanies, on a vu se multiplier leurs complications psychiatriques aiguës et chroniques.

Parmi ces dernières, nous avons étudié le syndrome déficitaire, en prenant pour point de départ la description donnée par P.DENIKER :

> "déficit énergétique portant sur les activités physiques (et en particulier professionnelles), aussi bien que psychiques, et pouvant s'associer à un véritable état dépressif."

Notre étude a comporté trois aspects : bibliographique, clinique et psychométrique.

## 1°) ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE -

Nous avons cherché d'abord si l'on trouvait dans les différents types de toxicomanie la description d'un tel déficit des activités physiques et du fonctionnement psychique dans ses aspects intellectuels et affectifs.

- Dans les toxicomanies aux opiacés, de telles manifestations paraissent plus fréquentes et plus précoces avec les produits injectés par voie intraveineuse (et tout particulièrment l'héroïne) qu'avec l'opium absorbé par les voies naturelles.

.../...

- Pour les hallucinogènes (il s'agit surtout, en France, du L.S.D.) des opinions contradictoires sont émises ; des symptômes déficitaires sont associés à des tableaux de psychose, en rapport avec l'utilisation répétée de doses importantes.

- Les dangers du cannabisme font l'objet d'une véritable controverse dans la littérature Nord-Américaine.
  Les auteurs qui ont étudié l'usage du chanvre en Afrique du Nord et aux Indes où il est très répandu, rapportent des manifestations déficitaires dans des toxicomanies prolongées avec de fortes quantités. Parfois, une évolution d'allure démentielle est décrite.
  Les complications chroniques apparaissent,cependant, bien plus rares que les accidents aigus.
  Aux U.S.A. a été décrit le syndrome de "perte de motivation" ("amotivational syndrom"), très proche du syndrome déficitaire, qui semble s'associer,là aussi à une consommation importante.
  Des altérations du rendement intellectuel et de la mémoire sont signalées dans certains cas.
  Le désaccord qui persiste encore,s'explique peut-être,en partie, par les différences dans la fréquence de l'utilisation, et dans la concentration très variable en produit actif du cannabis vendu dans différentes régions.

- Dans les toxicomanies aux amphétamines, dont nous avons rapproché la cocaïnomanie, les manifestations déficitaires,masquées par l'hyperactivité et l'euphorie des sujets, se révèlent surtout lors du sevrage.

Le retentissement des barbituriques est sévère, en particulier sur les fonctions intellectuelles ; la réversibilité n'est pas toujours complète à l'arrêt de l'intoxication.
Il en est de même pour l'éthérisme chronique.

Ainsi, le syndrome déficitaire s'observe-t-il avec tous les types de drogues.

.../...

Son apparition au cours d'une toxicomanie peut être interprétée selon plusieurs conceptions théoriques.

On peut considérer qu'il traduit en fait l'apragmatisme et les troubles intellectuels d'une évolution dissociative.

Les relations entre toxicomanie et psychose sont complexes et s'il est des cas où les signes psychotiques préexistent à l'usage de la drogue, qui paraît même une tentative de défense contre l'envahissement psychotique, ailleurs l'intoxication paraît bien précipiter la décompensation de personnalités psychopathiques ou d'"états limites".

De même les rapports entre dépression et toxicomanie comportent plusieurs aspects.
A côté de la signification de moyen de lutte anti-dépressive, la drogue peut elle-même avoir la valeur symbolique d'un objet mortifère, dans un contexte d'auto-destruction.

Plus généralement les traits de personnalité décrits chez les toxicomanes peuvent rendre compte de tendances à la passivité et à l'inaction. Certains auteurs pensent cependant que des expériences répétées d'altérations de la conscience, de distorsion de la perception du réel, peuvent avoir une action déstructurante pour des personnalités à l'organisation fragile.

A côté de ces conceptions psychodynamiques les conséquences organiques et pharmacologiques des abus de drogues amènent à considérer :

- le retentissement somatique : la dénutrition,les complications infectieuses et endocriniennes peuvent avoir leur part dans l'adynamie du syndrome déficitaire ;
- surtout la toxicité cérébrale que paraît indiquer, en dehors des accidents aigus, différentes études psychométriques mettant

.../...

en évidence des altérations compatibles avec une atteinte cérébrale organique. Ces constatations sont cependant discutées. Plusieurs travaux démontrent l'influence du cannabis et des amphétamines sur le métabolisme cellulaire cérébral, et sur le mouvement des monoamines, en particulier au niveau hypothalamique. Ceci pourrait expliquer des modifications thymiques.

Mais, au-delà de l'action pharmacologique, certains auteurs suspectent l'existence de lésions cérébrales définitives. Des cas d'atrophie cérébrale ont été observés au moyen de différentes méthodes. Des lésions vasculaires intracrâniennes ont également été décrites

Ces constatations ainsi que la responsabilité de la drogue elle-même ont été discutées, mais la question de la possibilité de lésions cérébrales irréversibles reste néanmoins posée.

2°) Dans notre ETUDE CLINIQUE , qui porte sur 7 cas, on retrouve les principaux problèmes posés par la revue de la littérature.

Une évolution psychotique est souvent suspectée, mais la drogue paraît dans plusieurs cas jouer un rôle au moins déclenchant.

L'apparition d'une dépression à différents stades de la toxicomanie est fréquente, en particulier au début et lors du sevrage.

L'atteinte des fonctions cognitives, nettement démontrée par des tests chez un malade, est suspectée pour 4 autres.

3°) Cette ALTERATION DE L'EFFICIENCE INTELLECTUELLE a été recherchée dans une étude rétrospective des examens psychométriques pratiqués chez 23 toxicomanes ayant pour la plupart moins de 30 ans.

.../...

La recherche d'une détérioration pathologique par la comparaison des résultats du $D_{48}$ à ceux du test de vocabulaire de Binois-Pichot n'est significative que dans deux cas ; dans cinq autres on peut admettre l'existence d'une tendance à la détérioration. Par contre, les résultats du test de rétention visuelle de Benton sont détériorés chez plus de la moitié des sujets.

Ainsi, les aptitudes inductives et déductives ne sont touchées que pour quelques toxicomanes chez lesquels on retrouve, soit l'existence de signes psychotiques, soit la notion d'un alcoolisme associé ; par contre, les capacités de mémoriation, mesurées par le test de Benton, semblent plus souvent atteintes. Compte tenu du fait que la multiplicité des facteurs rend l'interprétation des résultats difficiles, la détérioration ne paraît pas en relation avec un type particulier de drogues, ni avec l'importance du traitement neuroleptique. Il est à noter, cependant, que le seul cas où existe un signe pathognomonique d'organicité concerne un sujet ayant des antécédents d'éthéromanie.

Les traits psychotiques et surtout les signes dépressifs s'associent, plus souvent, à cette altération des résultats du Benton.

La SYNTHESE de ces données bibliographiques, cliniques et psychométriques nous amène à considérer trois aspects du syndrome déficitaire :

- expression d'une évolution psychotique, à l'origine de laquelle la part respective de la personnalité préexistant à la toxicomanie, et de l'action déstructurante des drogues doit être évaluée dans chaque cas;

- conséquence d'une dépression apparaissant soit parce que la drogue ne joue plus le rôle d'une défense anti-dépressive (par perte d'efficacité ou du fait du sevrage), soit en raison

.../...

d'une action dépressive propre de la drogue,que ceci soit en relation avec une signification symbolique d'agent d'auto-destruction ou en rapport avec des perturbations biochimiques de la régulation thymique;

- résultat d'une atteinte des fonctions cognitives, pouvant elle-même être en rapport avec une évolution psychotique ou des éléments dépressifs, ou avec une action directe sur le fonctionnement cérébral, par l'intermédiaire d'une interaction avec le métabolisme cellulaire et le contrôle de la vigilance, mais aussi peut-être de lésions cérébrales irréversibles.

L'appréciation de la part de ces trois facteurs,dans chaque syndrome déficitaire,doit en permettre une meilleure compréhension et par là, une thérapeutique plus efficace, d'autant plus nécessaire que ce syndrome nous paraît jouer un rôle dans la récidive fréquente de la toxicomanie après sevrage.

o

o o

Vu, le Président de Thèse :
Professeur P. DENIKER

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur J. LOYGUE

# B I B L I O G R A P H I E

(1) - E.L. ABEL
Effects of marihuana on the solution of anagrams and appetite
Nature, 1971, 231 : 260-261

(2) - L.D. ACORD
Hallucinogenic drugs and brain damage
Military Medicine, 1972, 137, 1 : 18-19

(3) - L.D. ACORD, D.D. BARKER
Hallucinogenic drugs and cerebral deficit
J. of Nerv. & Ment. Dis. 1973, 156, 4 : 281-283

(4) - ANONYME
Le Monde du 21.3.1972, page 11

(5) - E. AVRIL
La cocaïnomanie
Thèse Médecine, Lyon 1908

(6) - P. BAILLY-SALLIN, M. ZACKIAD, A. MATHE, J. KRIEF, F.SAMPIERI, Cl. BONNET, F.D. DEBACHE, J. HOUSSE, M. MULLER, M. LEWKOWICZ
Amour, délices et drogues. Quelques considérations sur le corps, la relation érotique et l'ascèse nirvânique sous l'influence toxicomaniaque
Annales Médico-Psychol. 1970, 2, 1 : 120-126

(7) - B. BALL
La morphinomanie
Asselin & Houzeau Edit. , Paris 1885

.../...

(8) - M.H. BEAUBRUN, F. KNIGHT
Psychiatric assessment of 30 chronic users of cannabis and 30 matched controls
Amer. J. Psychiat. 1973, 130, 3 : 309-311

(9) - D.S. BELL
Comparison of amphetamine psychosis and schizophrenia
Brit. J. Psychiat. 1965, 111 : 701-707

(10) - D.S. BELL
The experimental reproduction of amphetamine psychosis
Arch. Gen. Psychiat. 1973, 29, 1 : 35-40

(11) - A. BENABUD
Aspects psychopathologiques du cannabisme au Maroc ; données statistiques pour l'année 1956
Bull. Narcot. 1957, 9, 4 : 1-17

(12) - P.A. BENSOUSSAN
Faits et hypothèses sur l'usage et les abus actuels des substances modificatrices de l'état de conscience
Annales Médico-Psychol. 1970, 2, 1 : 101-106

(13) - P.A. BENSOUSSAN
Introduction à une étude des toxicomanies actuelles : quelques points de repère et de comparaison
Rev. Med. 1972, 13, 31 : 2043-2049

(14) - R.L. BERGMAN
Navajo peyote use : its apparent safety
Amer. J. Psychiat. 1971, 128, 6 : 695-699

(15) - G. BERNHARDSON
Cannabis psykoser
Lakartidningen, 1969, 66 : 1230-1234

(16) - T.H. BEWLEY, O. BEN-ARIE
Morbidity and mortality from heroin dependence 2. Study of 100 consecutive impatients
Brit. Med. J. 1968, 1 : 727-730

.../...

(17) - D.S. BIALOS
Adverse marihuana reactions : a critical examination of the literature with selected case material
Amer. J. Psychiat. 1970, 127, 6 : 819-823

(18) - R. BINOIS
Test D48 (manuel)
Centre de Psychologie Appliquée, Edit.,Paris 1959

(19) - R. BINOIS, P. PICHOT
Test de vocabulaire (manuel)
Centre de Psychologie Appliquée, Edit.,Paris 1958

(20) - H.I. BIRCHER, R. MECHOULAM
Pharmacological effects of two active constituents of marihuana
Arch. Int. Pharmacodyn. 1968, 172 : 24-31

(21) - C. BISMUTH
Les accidents aigus des toxicomanies
Cah. de Médecine 1972, 13, 10 : 823-829

(22) - C. BISMUTH, C. PIVA, E. FOURNIER, M. GAULTIER
Intoxication chronique par les opiacés. Etude somatique de 80 cas
Ann. Méd. Interne 1972, 123, 10 : 825-832

(23) - K.H. BLACKER, R.T. JONES, G.C. STONES, D. PFEFFERBAUM
Chronic users of L.S.D. : the "Acid Heads"
Amer. J. Psychiat. 1968, 125, 3 : 341-351

(24) - A. BOROFFKA
Indian hemp and psychosis observations on patients in Nigeria
Proceedings of the 4th World Congress of Psychiatry, Part III, J.J. Lopez Ibor Edit.,Madrid 1966

.../...

(25) - A. BOUDREAU, L. CHALOULT, J. HUOT, J. LEBLANC, P.A. MARQUIS J.M. BERNARD
Toxicomanies autres que l'alcoolisme
Encycl. Med. Chir. (Paris), Psychiatrie :37396A10-3,1972

(26) - H. BOURDARIAS
Les toxicomanies par les opiacés
Rev. Méd. 1972, 13, 33 : 2163-2168

(27) - H. BOURDARIAS
Le chanvre indien : haschich et marijuana
Rev. Méd. 1972, 13, 31 : 2051-2054

(28) - M. BOWERS, A. CHIPMAN, A. SCHWARTZ
Dynamics of psychedelic drug abuse. A clinical study
Arch. Gen. Psychiat. 1967, 16 : 560-566

(29) - M. BOWMAN, R.O. PIHL
Cannabis : Psychological effects of chronic heavy use. A controlled study of intellectuel functioning in chronic users of high potency cannabis
Psychopharmacologia 1973, 29, 2 : 159-170

(30) - A. BRACONNIER
Toxicomanies juvéniles et suicides. Essai d'approche clinique et psychodynamique de 35 toxicomanes suicidants
Thèse Médecine, Paris 1973

(31) - C.E. BRATTEMO
Détérioration de la fonction d'abstraction dans un groupe de sujets atteints de lésions cérébrales comparés à des normaux et à des groupes psychiatriques.
Rev. de Psychol. Appliquée 1967, 17, 3 : 155-168

(32) - N.Q. BRILL, E. CRUMPTON, I. FRANK, J. HOCHMAN, P. LOMAX W. McGLOTHLIN, L.J. WEST
The marihuana problem
Annals of Internal Med. 1970, 73, 3 : 449-465

(33) - C. BREWER
Cerebral atrophy in young cannabis smokers
Lancet 1972, 1 : 143

.../...

(34) - W. BROMBERG
Marihuana : a psychiatric study
JAMA, 1939, 113 : 4-12

(35) - J. BULL
Cerebral atrophy in young cannabis smokers
Lancet 1971, 2 : 1420

(36) - A.M. CAMPBELL, J.L. THOMPSON, M. EVANS, M.J. WILLIAMS
Cerebral atrophy in young cannabis smokers
Lancet 1971, 2 : 1219-1224

(37) - A.M. CAMPBELL, J.L. THOMPSON, M. EVANS, M.J. WILLIAMS
Cerebral atrophy in young cannabis smokers
Lancet 1972, 1 : 202-203

(38) - CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION'S COUNCIL ON COMMUNITY HEALTH CARE
Non medical use of drugs
Canad. Med. Ass. J. 1969, 101, 13 : 72-88

(39) - A. CARLSSON, R. HAMBERGER, M. LINOQUIST
Biochemical and histochemical studies on the effects of imipramine like drugs and amphetamine on central and peripheral catecholamine neurons
Acta Physiol. Scand. 1962, 54 : 385-386

(40) - C. CHERUBIN
Infectious disease problems of narcotic addicts
Arch. Internal Med. 1971, 128, 2 : 309-313

(41) - G.S. CHOPRA
La marijuana et les réactions psychotiques qu'elle provoque. Evaluation des différents facteurs qui interviennent.
Bull. des Stupéfiants 1971, 23,: 17-24

(42) - I.C. CHOPRA, B.N. CHOPRA
L'usage des stupéfiants à base de cannabis dans l'Inde
Bull. Narcot. 1957, 9, 1 : 5-32

.../...

(43) - C. CHRISTOZOV
L'aspect marocain de l'intoxication cannabique d'après des études sur des malades pentaux chroniques (1ère partie).
Maroc Méd. 1965, 44, 483 : 630-642

(44) - C. CHRISTOZOV
L'aspect marocain de l'intoxication cannabique d'après des études sur des malades mentaux chroniques (2ème partie).
Maroc Méd. 1965, 44, 486 : 866-889

(45) - B.P. CITRON, M. HALPERN, M. Mc CARRON, G.D. LUNDBERG, R. Mc CORMICK, I.J. PINCUS, D. TATTER, B.J. HAVERBACK
Necrotizing angiitis associated with drug abuse
New Engl. J. Med. 1970, 283, 19 : 1003-1011

(46) - C.D. CLARK, E.N. NAKASHIMA
Experimental studies of marihuana
Amer. J. Psychiat. 1968, 125, 3 : 135-140

(47) - F. CLEMENT, J. POITRENAUD
Le test de rétention visuelle de Benton (Evolution des résultats avec l'âge en fonction du sexe et du niveau intellectuel).
Rev. de Psychol. Appliquée 1963, 13, 3 : 171-188

(48) - S. COHEN
L.S.D. 25
Gallimard Edit., Paris 1966

(49) - S. COHEN
A classification of L.S.D. complications
Psychosomatics 1966, 7 : 182-186

(50) - S. COHEN, K. DITMAN
Prolonged adverse reactions to lysergic acid diethylamide
Arch. Gen. Psychiat. 1963, 8 : 475-480

.../...

(51) - M. COHEN, D.F. KLEIN
Drug abuse in a young psychiatric population
Amer. J. Orthopsychiat. 1970, 40, 3 : 448-455

(52) - L. COLONNA
Toxicomanie et conduite suicidaire
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1079-1087

(53) - L. COLONNA, H. LOO
Toxicomanie et polyintoxication
Vie Méd. 1970, 51, spec. 3 : 11-13

(54) - L. COLONNA, H. LOO
Le déséquilibré : psychotique ou névrotique ?
Rev. Prat. 1972, 22, 26 : 3493-3504

(55) - J. CONSTANTIDINIS, L.J. MIRAS
Effect of haschich smoke sublimate on hypothalamic noradrenaline studies by the fluorescence method
Psychopharmacologia 1971, 22, 1 : 80-90

(56) - M.J. COTTEREAU
Dépendance aux substances psychotropes et troubles psychiques
Mémoire, Paris 1970

(57) - COURTOIS-SUFFIT, R. GIROUX
La cocaïne
Masson Edit., Paris 1918

(58) - H.G. CREUTZFELDT
Histologischer befund bei morphinismus mit morphium and veronal-vergiftung
Ztschr. F.D. Ges. Neurol. U Psych. 1926, 101 : 97

(59) - B. CRONHOLM
L'application des méthodes psychologiques dans l'analyse des troubles de la mémoire
Rev. de Psychol. Appliquée 1963, 13, 3 : 171-188

.../...

(60) - B. DEFER
Le goût du chanvre indien
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1041-1049

(61) - B. DEFER, M.L. DIEHL
Les psychoses cannabiques aiguës, à propos de 500 observations
Annales Méd.-Psychol. 1968, 2, 2 : 260-266

(62) - J. DELAY, J. PERSE, P. PICHOT
Méthodes psychométriques en clinique
Masson Edit. , Paris 1966

(63) - J. DELAY, P. PICHOT, Th. LEMPERIERE, R. SADOUN
Psychoses amphétaminiques et pseudo-psychoses amphétaminiques
Annales Méd.-Psychol. 1954, 2, 1 : 51-57

(64) - J. DELAY, P. PICHOT, Th. LEMPERIERE, P. NICOLAS-CHARLES, A.M. QUETIN
Les effets psychiques de la psilocybine et les perspectives thérapeutiques
Annales Méd.-Psychol. 1959, 1, 5 : 891

(65) - P. DELTEIL
Etude psychanalytique des toxicomanies
Inform. Psychiat. 1971, 47, 7 : 619-624

(66) - P. DELTEIL, P. LASSERRE, J. ABITTAN, F. JOSSELIN, F.DOUCHE M. PRIEUR
La personnalité des toxicomanes et leur traitement
Annales Méd.-Psychol. 1970, 2, 1 : 107-113

(67) - P. DENIKER
Sur les abus des drogues psychodysleptiques. Toxicomanies modernes et pharmacopsychoses
Annales Méd.-Psychol. 1969, 127, 2 : 193-211

(68) - P. DENIKER
Drogues et toxicomanies modernes
Annales Méd.-Psychol. 1970, 2, 1 : 68-70

.../...

(69) - P. DENIKER
Drogues modernes et toxicomanies nouvelles
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 969-977

(70) - P. DENIKER
Syndromes psychopathologiques caractéristiques des abus volontaires de drogues et de médicaments psychotropes
Communication au 5ème Congrès Mondial de Psychiatrie, Mexico 1971 (Communication personnelle).

(71) - P. DENIKER, L. COLONNA, M.J. COTTEREAU, H. LOO
Les toxicomanies actuelles : effets cliniques des agents usités et aspects sémiologiques communs
Annales Méd.-Psychol. 1970, 2, 1 : 70-78

(72) - P. DENIKER, M.J. COTTEREAU, H. LOO
Toxicomanies aux amphétamines
Rev. Méd. 1972, 13, 31 : 2061-2064

(73) - P. DENIKER, M.J. COTTEREAU, H. LOO, L. COLONNA
L'usage de l'éther dans les toxicomanies actuelles
Annales Méd.-Psychol. 1972, 1, 5 : 674-682

(74) - P. DENIKER, M.J. COTTEREAU, J.M. OUGHOURLIAN
Amphétamines et psychoses amphétaminiques
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1025-1038

(75) - P. DENIKER, M.J. COTTEREAU, E. ZARIFIAN
Etude sémiologique des déséquilibrés psychiques
Rev. Prat. 1972, 22, 26 : 3479-3491

(76) - P. DENIKER, M. HANUS
Personnalité et motivation des toxicomanes
Rev. Prat. 1971,21, 7 : 1063-1076

(77) - P. DENIKER, H. LOO, Cl. BURSZTEJN
Le syndrome déficitaire des toxicomanies actuelles
Entretiens de Bichat 1973 "Spécialités" : 263-270, l'Expansion Edit.,Paris 1973

.../...

(78) - P. DENIKER, H. LOO, M. et G. CAZALIS de FONDOUCE
L'évolution des toxicomanies traitées en milieu psychiatrique
Annales Méd.-Psychol. 1973, 1, 4 : 529-535

(79) - P. DENIKER, H. LOO, M.J. COTTEREAU
Toxicomanies barbituriques
Rev. Méd. 1973, 14, 26 : 1727-1734

(80) - A. DESCHAMPS
Essai d'exploration pharmacodynamique du psychisme des éléments précoces
Thèse Médecine, Paris 1932

(81) - J.E. DHUNJIBHOY
A brief resume of the types of insanity commonly met in India, with a full description of "Indian hemp insanity" peculiar to the country
J. Ment. Sci. 1930, 76 : 254-264

(82) - K.S. DITMAN, W. TIETZ, B.S. PRINCE
Harmful aspects of the L.S.D. experience
J. Nerv. Ment. Dis. 1967, 145 : 464-474

(83) - J. DODDS, S. SANTOSTEFANO
A comparison of the cognitive functioning of glue sniffers and non sniffers
J. Pediat. 1964, 64, 4 : 565-570

(84) - A.J. EISENMAN, H.F. FRASER, J. BROOKS
Urinary excretion and plasma levels of 17-OH corticosteroids during a cycle of addiction to morphine
J. Pharm. Exp. Therap. 1961, 132 : 226-231

(85) - H. EY, P. BERNARD, Ch. BRISSET
Manuel de Psychiatrie (3ème édition)
Masson Edit., Paris 1967

(86) - M. FINK, J. SIMEON, W. HAQUE, T. ITIL
Prolonged adverse reactions to L.S.D. in psychotic subjects
Arch. Gen. Psychiat. 1966, 15 : 450-454

.../...

(87) - E. FOURNIER
Toxicomanies, aspects sociologiques et médico-légaux
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1105-1112

(88) - DX. FREEDMAN
Psychomimetic drugs and brain biogenic amines
Amer. J. Psychiat. 1963, 119 : 843-850

(89) - W. FROSCH, E. ROBBINS, M. STERN
Untoward reactions to lysergic acid diathylamide (L.S.D.) resulting in hospitalization
New. Engl. J. Med. 1965, 273, 23 : 1235-1239

(90) - R. GARDNER, P.H. CONNELL
Amphetamine and other non opioid drug users attending a special drug dependence clinic
Brit. Med. J. 1972, 2, 5809 : 322-325

(91) - Cl. GAUDRY
Du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes
Un fascicule, 76 pages, Coulommiers 1886

(92) - D. GINESTET, H. LOO, J.M. OUGHOURLIAN
Toxicomanie aux hallucinogènes, ses rapports avec les psychoses
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1009-1022

(93) - H. GLASER, O. MASSENGALE
Glue sniffing in children
JAMA 1962, 181, 4 : 300-303

(94) - G.S. GLASS
Psychedelic drugs, stress and the ego
J. of Nerv. & Ment. Dis. 1973, 156, 4 : 232-241

(95) - G.S. GLASS, M. BOWERS
Chronic psychosis associated with longterm psychotomimetic drug abuse
Arch. Gen. Psychiat. 1970, 23 : 97-103

.../...

(96) - E. GOODE
Drug use and grades in college
Nature 1971, 234 : 225-227

(97) - A. GORCEIX, N. ZIMBACCA, E. FOURNIER, C. PIVA
Contribution médico-psychologique à la compréhension des jeunes toxicomanes
Annales Méd.-Psychol. 1970, 2, 1 : 126-132

(98) - I. GRANT, J. ROCHFORD, T. FLEMING, A. STUNKARD
A neuropsychological assessment of moderate marihuana use
J. of Nerv. & Ment. Dis.1973, 156, 4 : 278-280

(99) - J.D. GRIFFITH, J. CAVANAUGH, J. HELD, J.A. OATES
Dextroamphetamine-evaluation of psychomimetic properties in man
Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, 2 : 97-100

(100) - D.M. GRILLY, D.P. FERRARO, R.G. MARRIOTT
Long term interactions of marijuana and behaviour in chimpanzees
Nature 1973, 242 : 119-120

(101) - W. GROSSMAN
Adverse reactions associated with cannabis products in India
Annals of Intern. Med. 1969, 70, 3 : 529-533

(102) - J.A. HALIKAS, D.W. GOODWIN, S.B. CRUZE
Marihuana and psychiatric illness
Arch. Gen. Psychiat. 1973, 130, 2 : 132-140

(103) - M.E. HALL
Mental and physical efficiency of woman drug addicts
J. Abnorm. & Soc. Psychol. 1938, 33 : 208

(104) - J.D. HENSALA, L.J. EPSTEIN, K.H. BLACKER
L.S.D. and Psychiatric impatients
Arch. Gen. Psychiat. 1967, 16 : 554-559

.../...

(105) - J.S. HOCHMAN, N.Q. BRILL
Chronic marihuana use and psychosocial adaptation
Amer. J. Psychiat. 1973, 130, 2 : 132-140

(106) - L.E. HOLLISTER, H.K. GILLESPIE
Marijuana, ethanol and dextroamphetamine
Arch. Gen. Psychiat. 1970, 23 : 199-203

(107) - D. HOLTZMANN, R.A. LOVELL, J.H. JAFFE, D.X. FREEDMAN
1.Δ9 tetrahydrocannabinol : neurochemical and behavioral effects in the mouse
Science 1969, 163 : 1464-1467

(108) - A. JANUS KIEWICZ GRABIAS, J. SELABOWICZ
Trichlorethylene addiction : a discussion of the cases observed
Psychiat. Pol. 1970, 4, 4 : 395-399

(109) - J. JOHNSON, G. MILNER
Psychiatric complications of amphetamine substances
Acta Psychiatrica Scand. 1966, 42, 3 : 252-263

(110) - F.J. KANE, M.H. KEELER, C.B. REIFLER
Neurological crisis following methamphetamine
JAMA 1969, 210, 3 : 566-567

(111) - M.H. KEELER
Adverse reaction to marihuana
Amer. J. Psychiat 1967, 124, 5 : 674-677

(112) - M.H. KEELER, C.B. REIFLER, M.B. LIPZIN
Spontaneous recurrence of marihuana effect
Amer. J. Psychiat. 1968, 125, 3 : 384-386

(113) - J. KELLER, D.L. REDFERING
Comparison between the personalities of L.S.D. users and non users as measured by the M.M.P.I.
J. of Nerv. & Ment. Dis. 1973, 156, 4 : 271-277

(114) - W. KEUP
Psychotic symptoms due to cannabis abuse
Dis. Nerv. Syst. 1970, 31 : 119-126

.../...

(115) - H.D. KLEBER
Prolonged adverse reactions from unsupervised use of hallucinogenic drugs
J. of Nerv. & Ment. Dis. 1967, 114, 4 : 308-319

(116) - H. KOLANSKY, W.T. MOORE
Effects of marihuana on adolescents and young boys
JAMA 1971, 216, 3 : 486-492

(117) - H. KOLANSKY, W.T. MOORE
Toxic effects of chronic marihuana use
JAMA 1972, 222, 1 : 35-41

(118) - C. KORNETSKY
Psychological effects of chronic barbiturate intoxication
Arch. of Neur. & Psych. 1951, 65, 5 : 557-567

(119) - J.C. KRAMER, V.S. FISCHMAN, D.C. LITTLEFIELD
Amphetamine abuse. Pattern and effect of high doses taken intravenously
JAMA 1972, 222, 1 : 35-41

(120) - S. LEBOVICI
Quelques réflexions sur l'utilisation de la drogue par les adolescents
Inform. Psychiat. 1971, 47, 7 : 591-594

(121) - L. LE GUILLANT
Toxicomanie barbiturique
Thèse Médecine, Paris 1932

(122) - L. LEWIN
Phantastica
Payot Edit., Paris 1927

(123) - M.R. LIPP, S.G. BENSON, Z. TAINTOR
Marijuana use by medical students
Amer. J. Psychiat. 1971, 128, 2 : 207-212

(124) - H. LOO
Toxicomanies actuelles
Thèse Médecine, Paris 1970

.../...

(125) - H.LOO, M.J. COTTEREAU
Le petit lexique du toxicomane
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 1115-1118

(126) - H.LOO, M.J. COTTEREAU
Toxicomanies aux solvants organiques
Rev. Méd. 1972, 13, 33 : 2155-2160

(127) - D.B. LOURIA
Lysergic acid diethylamide
New Engl. J. Med. 1968, 278, 8 : 435-438

(128) - D.B. LOURIA, T. HENSLE, J. ROSE
The major medical complications of heroin addiction
Annals Intern. Med. 1967, 67, 1 : 1-22

(129) - W.C. MA
The cytopathology of morphinism
Chinese J. Physiol. 1931, 5 : 251

(130) - E.M. Mac EWEN, A.R. BUCHANAN
Cells of the nervous, system in acute and chronic morphinism-correlation of changes with behaviour
Arch. of Neurol. & Psych. 1936, 36, 1 : 112-117

(131) - C.P. Mc AREE, R.A. STEFFENHAGEN, L.S. ZHEUTLIN
Personality factors and patterns of drug usage in College students
Amer. J. Psychiat. 1972, 128, 7 : 890-893

(132) - W.H. Mc GLOTHLIN, D.O. ARNOLD, DX. FREEDMAN
Organicity measures following repeated L.S.D. ingestion
Arch. Gen. Psychiat. 1969, 21 : 704-709

(133) - W.H. Mc GLOTHLIN, S. COHEN, M.S. Mc GLOTHLIN
Long lasting effects of L.S.D. in normals
Arch. Gen. Psychiat. 1967, 17 : 521-532

(134) - W.H. Mc GLOTHLIN, L.J. WEST
The marihuana problem : an overview
Amer. J. Psychiat. 1968, 125, 3 : 370-378

(135) - F.T. MELGES, J.R. TINKLENBERG, L.E. HOLLISTER, H.K.GILLESPIE
Marijuana and temporal disintegration
Science, 1970, 168 : 1118-1120

(136) - H. MILKMAN, W.A. FROSCH
On the preferential abuse of heroin and amphetamine
J. of Nerv. & Ment. Dis. 1973, 156, 4 : 242-248

(137) - D.H. MILMAN
Adverse effects of cannabis
N.Y. State J. Med. 1971, 13 : 1675

(138) - S.M. MIRIN, L.M. SHAPIRO, R.E. MEYER, R.C. PILLARD, S. FISHER
Casual versus heavy use of marihuana. A Redefinition of the marijuana problem
Amer. J. Psychiat. 1971, 127, 9 : 1134-1140

(139) - C1. OLIEVENSTEIN
La drogue
Editions Universitaires, Edit.,Paris 1970

(140) - O.M.S.
Recherches biologiques sur la schizophrénie.
Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S.
O.M.S. , série Rapports techniques 1970, n° 450

(141) - M. OSMAN
Hachichomanie et démence précoce
38è Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française (Lyon 1934), Masson Edit., Paris 1935

(142) - H. OSMOND, J. SMYTHIES
Schizophrenia, a new approach
J. of Ment. Sci. 1952, 98, 411 : 309-315

(143) - J.E. PARTINGTON
The comparative mental efficiency of a drug addict group
J.Applied Psychol. 1940, 24 : 48

(144) - C. PIVA
Contributions à l'étude des toxicomanies
Thèse Médecine, Paris 1970

.../...

(145) - J. POITRENAUD, H. BARRERE
Etude sur la signification diagnostique de certaines erreurs de reproduction au VRT de Benton
Rev. de Psychol. Appliquée 1972, 22, 1 : 43-56

(146) - A. POROT
Le cannabisme
Annales Méd.-Psychol. 1942, 1, 1 : 1-24

(147) - A. POROT
Intoxications par les opiacés
Rev. Prat. 1971, 21, 7 : 995-1007

(148) - J.L. REED, A.H. GHODSE
Oral glucose tolerance and hormonal response in heroin dependent males
Brit. Med. J. 1973, 2 : 582-585

(149) - E. ROBBINS, W.A. FROSCH
Further observations on untoward reactions to L.S.D.
Amer. J. Psychiat. 1967, 124,3 : 393-395

(150) - H. ROSENFELD
De la toxicomanie
Rev. Franç. de Psychanalyse 1961, 25, 4/5/6 : 885-899

(151) - H.R. ROSENKRANTZ, Y.K. LUTHRA, R.A. SPRAGUE, G.R. THOMPSON M.C. BRANDE
Lipid and biopolymer levels in monkey brain after 28 day I.V. treatment with delta 9-tetrahydrocannabinol
Fed. Proceed. 1972, 31, 2 : 506

(152) - J. ROSENTHAL
Persistent hallucinosis following repeated administratio of hallucinogenic drugs
Amer. J. Psychiat. 1964, 121 : 238-244

(153) - J. de ROSNAY
Comment la morphine bloque les centres nerveux
La Recherche 1971, 2, 16 : 872-874

(154) - Cl. RUMBAUGH, R.T. BERGERON, H.C.H. FANG, R. Mc CORMICK
Cerebral angiographic changes in the drug abuse patient
Radiology 1971, 101, 2 : 335-344

.../...

(155) - C.L. RUMBAUGH, R.T. BERGERON, R.L. SCANLAN, J.S. TEAL, H.D. SEGALL, H.C.H. FANG, R. Mc CORMICK
Cerebral vascular changes secondary to amphetamine abuse in the experimental animal
Radiology 1971, 101, 2 : 345-351

(156) - J.D. SAPIRA
The narcotic addict as a medical patient
Amer. J. Med. 1968, 45 : 555-588

(157) - J.D. SAPIRA, D.R. JARINSKI, C.W. GORODETSKY
Liver disease in narcotic addicts ; the role of the needle
Clin. Pharm. & Therap. 1968, 9 : 725-739

(158) - J.M. SCHER
The marihuana habit
JAMA, 1970, 214, 6 : 1120

(159) - B. SIGG
Le cannabisme chronique fruit du sous-développement et du capitalisme
Mémoire (1 volume, 269 pages)

(160) - P.SIMON, Z. SULTAN, R. CHERMAT, J.R. BOISSIER
La cocaîne, une substance amphétaminique ? Un problème de psychopharmacologie expérimentale
J. Pharmacol. 1972, 3, 2 : 129-142

(161) - R.G. SMART, K. BATEMAN
Unfavourable reaction to L.S.D.
Canad. Med. Ass. J. 1967, 97 : 1214-1221

(162) - R.G. SMART, D. FEJER
Illicit L.S.D. users : their social backgrounds, drug use and psychopathology
J. Health Soc. Behav. 1969, 10 : 294-304

(163) - D.E. SMITH
Acute and chronic toxicity of marijuana
J. Psychedelic Drugs 1968, 2 : 37-47

(164) - H. SOLAZ
Problèmes que pose la détérioration mentale chez les toxicomanes (1ère partie)
Mémoire pour le certificat de Psychologie Pathologique, Paris 1973

(165) - M.J. SOLAZ (née EYMARD)
Problèmes que pose la détérioration mentale chez les toxicomanes (2ème partie)
Mémoire pour le certificat de Psychologie Pathologique, Paris 1973

(166) - D.J. SPENCER
Cannabis induced psychosis
W. Indian Med. J. 1970, 19, 4 : 228-230

(167) - S.S. STOFFER
A gynecologic study of drug addicts
Amer. J. Obst. & Gynec. 1968, 101 : 779-783

(168) - J.M. SUTTER, Y. PELICIER, J.C. SCOTTO
Les substances hallucinogènes
Encycl. Med. Chir. (Paris), Psychiatrie, 37630 F 10-3, 1972

(169) - J.M. SWAIN
The central nervous system in morphinism
Amer. J. Psychiat. 1945, 102, 3 : 378-384

(170) - J.A. TALBOTT, J.W. TEAGUE
Marihuana psychosis
JAMA, 1969, 210, 2 : 299-302

(171) - F.S. TENNANT Jr. C.J. GROESBECK
Psychiatric effects of haschich
Arch. Gen. Psychiat. 1972, 27 : 133-136

(172) - J.R. TINKLENBERG, F.T. MELGER, L.E. HOLLISTER, H.K.GILLESPIE
Marijuana and immediate memory
Nature, 1970, 226 : 1171

( 173) - R. TISSOT, G. BARTHOLINI
Monoamines et régulations thymiques
Rev. Neurol. 1972, 127, 1 : 193-202

(174) - G.J. TUCKER, D. QUINLAN, M. HARROW
Chronic hallucinogenic drug use and thought disturbance
Arch. Gen. Psychiat. 1972, 27, 4 : 443-447

.../...

(175) - J.T. UNGERLEIDER, D.D. FISHER, M. FULLER
The dangers of L.S.D. Analysis of seven month's experience in a university hospital's psychiatric service
JAMA, 1966, 197, 6 : 389-392

(176) - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION & WELFARE ; Report from the secretary to the Congress
Marihuana and health
U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 1971

(177) - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION & WELFARE - 2nd annual report to the Congress from the secretary
Marihuana and health
U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 1972

(178) - F. VILLARD
Du haschich, étude clinique, physiologique et thérapeutique
Thèse Médecine, Paris 1872

(179) - A. VILLENEUVE, D. GINESTET
Les hallucinogènes : aspects neuropsychiatrique, épidémiologique, état actuel du problème
Toxicomanies 1970, 3, 1 : 15-32

(180) - D. VON ZERSSEN, K. FLIEGE, M. WOLF
Cerebral atrophy in drug addicts
Lancet 1970, 2, 7667 : 313

(181) - R.G. WALLACH, E. JEREZ, G. BLINCK
Pregnancy and menstrual function in narcotic addicts treated with methadone
Amer. J. Obst. & Gynec. 1969, 105 : 1226-1229

(182) - P.A. WALTERS, G.W. GOETHALS, H.G. POPE
Drug use and life style among 500 college undergraduates
Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, 1 : 92-96

(183) - J. WARNOCK
Insanity from hasheech
J. Ment. Sci. 1903, 49 : 96-110

.../...

(184) - W. WEIMAN
Geihirnveränderungen dei akuter und cronisher morphium vergiftung
Ztschr. f. d. Ges. Neurol. u. Psych. 1926, 101 : 97

(185) - J. WESTERMEYER
Use of alcohol and opium by the Meo of Laos
Amer. J. of Psychiat. 1971, 127, 8 : 1019- 1023

(186) - H. WIEDER, E.H. KAPLAN
Drug use in adolescents. Psychodynamic meaning and pharmacogenic effects
Psychoanal. Study Child. 1969, 24 : 399-431

(187) - S. ZALEMAN, B. LISKOW, R. CADORET, D. GOODWIN
Marijuana and amphetamine : the question of interaction
Amer. J. Psychiat. 1973, 130, 6 : 707-708

(188) - B. ZIMMERBERG, S.D. GLICK, M.E. JARVIK
Impairment of recent memory by marihuana and THC in Rhesus monkeys
Nature, 1971, 233 : 343-345

---